

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

134

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 janvier 1898, à une heure

PAR

Edmond COLLARD

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Paris le 9 novembre 1870

Les grands Entr'actes

DE

LA SYPHILIS

Contribution à l'Etude du Tertiarisme

« C'est un des malheurs attachés à la vérole qu'il n'y pas même de signe annonçant qu'on a été débarrassé d'elle, » HOSLAND.

Président : M. A. FOURNIER.

Juges : MM. } TILLAUX.
REYNIER.
GAUCHER.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

134

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 janvier 1898, à une heure

PAR

Edmond COLLARD

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Paris le 9 novembre 1870

Les grands Entr'actes

DE

LA SYPHILIS

Contribution à l'Etude du Tertiarisme

« C'est un des malheurs attachés à la vérole qu'il n'y pas même de signe annonçant qu'on a été débarrassé d'elle, » HOSLAND.

Président : M. A. FOURNIER.

Juges : MM. } TILLAUX.
REYNIER.
GAUCHER.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

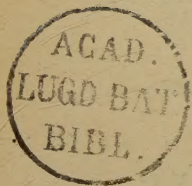
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie, matières médicales.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants	HAYEM.
Clinique des maladies syphilitiques.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GRANCHER.
Clinique des maladies nerveuses	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique ophtalmologique	BERGER.
Clinique des voies urinaires	DUPLAY.
Clinique d'accouchements.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
DELBET.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE, le colonel SIMON.

A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Pendant notre année d'externat chez M. le professeur Fournier nous avons observé un malade qui présentait une syphilide palmaire survenue 34 ans après le chancre, puis au cours d'une période d'exercices, nous vîmes, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, une gomme de l'arrière-gorge survenue chez une femme 35 ans après le début de l'infection. Ces deux malades étaient restés : le premier 28 ans, la seconde 35 ans sans présenter le moindre accident spécifique.

Les recherches que nous avons faites à propos de ces deux observations nous ont donné l'idée d'étudier ce que nous appelons " les grands entr'actes de la syphilis ", c'est-à-dire les longues périodes pendant lesquelles la maladie peut rester à l'état latent. Sur le conseil et avec l'aide de M. le professeur Fournier, qui nous a généreusement ouvert le recueil de toutes les observations de syphilis tertiaire, recueillies et annotées par lui pendant près de quarante années de pratique médicale, nous avons dressé une statistique portant sur plus de quatre mille cas, et cette statistique nous a donné une base solide pour commencer notre modeste travail.

Mais avant d'aborder cette étude, c'est pour nous un devoir d'adresser nos remerciements aux maîtres qui nous ont dirigé.

Nous avons appris les premiers principes de la chirurgie et les règles de l'antisepsie dans le beau service de M. le

D^r Schwartz, à l'hôpital Cochin ; puis la clinique médicale nous fut enseignée successivement par M. le D^r Gouraud, médecin de la Charité, par feu M. le D^r Jubel-Rénoy dont nous conservons un souvenir ému, et par M. le D^r Roques, médecin de l'hôpital Bichat. M. le D^r Felizet, chirurgien de l'hôpital Tenon, nous initia à la pratique de la chirurgie infantile et M. le D^r Gilles de la Tourette, médecin de l'hôpital Hérold, nous fit connaître les maladies du système nerveux. Que ces maîtres respectés veuillent bien recevoir l'hommage de notre reconnaissance.

Enfin nous avons terminé notre externat à l'hôpital Saint-Louis, où nous avons étudié les maladies cutanées et syphilitiques dans le service de M. le professeur Fournier, qui n'a cessé de nous témoigner une grande bienveillance et nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de lui témoigner ici toute notre gratitude.

Nous devons aussi un remerciement à M. le D^r Florand, médecin de l'hôpital Beaujon, et à M. le D^r Gaucher, médecin de l'hôpital St-Antoine, dont nous avons été trop peu de temps l'élève, de même à MM. Gaston et Emery, chefs de clinique à la Faculté, dont nous garderons un affectueux souvenir.

INTRODUCTION

Un des faits les plus curieux que peut réaliser la syphilis au cours de son évolution est la longévité, c'est-à-dire le temps considérable pendant lequel elle peut révéler sa présence dans l'économie par des manifestations spécifiques évidentes.

Les cas dans lesquels la vérole s'est attestée par des accidents survenus dix ou quinze ans après le chancre (sans avoir présenté aucun accident spécifique), sont très fréquents, mais au-delà de la vingtième année, choisie arbitrairement comme minimum d'entr'acte, ils deviennent plus rares et nous avons recherché quelle était l'évolution de la syphilis tertiaire au-delà de ce terme choisi : vingt ans. C'est donc l'histoire des étapes ultimes de la syphilis que nous voulons esquisser.

Après un court historique, nous établirons la chronologie de la syphilis, c'est-à-dire l'ordre dans lequel les phénomènes morbides se succèdent au cours d'une syphilis de moyenne intensité à évolution régulière typique prise comme type de description, en notant avec soin l'échéance habituelle des accidents.

Entrant alors dans le vif du sujet, nous ferons l'étude statistique des grands retards d'après les auteurs (Jullien, Haslund, Fournier), et d'après la statistique que nous avons dressée. Nous chercherons ensuite les causes de ces retards dans l'évolution de la maladie et nous montrerons

l'antithèse entre la syphilis maligne précoce et la syphilis à accidents tardifs. Nous essaierons de déterminer les causes de réapparition des accidents et la nature de ces manifestations reculées de la syphilis dans les divers aspects sous lesquels elles se présentent au clinicien : syphilis acquise de l'adulte, syphilis acquise de l'enfance, syphilis conceptionnelle, syphilis héréditaire tardive.

Nous verrons quel pronostic elles comportent, et quel traitement on doit leur opposer. Après avoir cité les observations qui nous ont servi pour l'étude que nous entreprenons, nous tirerons les conclusions qui se dégagent des faits exposés et nous indiquerons les ouvrages que nous avons consultés.

En résumé, notre thèse est divisée de la manière suivante :

- I. Historique.
 - II. Chronologie habituelle de la syphilis.
 - III. Etude statistique des grands retards.
 - IV. Cause de ces retards.
 - V. Causes de réapparition des accidents.
 - VI. Pronostic et traitement.
 - VII. Observations.
 - VIII. Conclusions.
 - IX. Bibliographie.
-

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Notre intention n'est pas de refaire ici l'histoire de la syphilis, ni de rechercher si sa première apparition date de l'époque de la Renaissance, ou si au contraire elle était connue depuis les temps les plus reculés. Rappelons seulement que vers la fin du seizième siècle, la syphilis sévit avec une très grande intensité sur la plus grande partie de l'Europe. Les symptômes en étaient si variés et si complexes que les premiers observateurs furent unanimes à déclarer qu'ils avaient à faire à une maladie nouvelle : *morbus novus, morbus inauditus*...

Les premiers travaux sur cette étrange maladie eurent pour objet le traitement. Bain d'huile, bois de gaïac, mercure, eurent successivement une vogue extraordinaire puis tombèrent dans l'oubli ; seul le mercure, dont la défaveur eut pour cause l'abus qu'on en fit, devait en appeler de ce discrédit.

Le premier, Jacobus Cataneus, en 1504, reconnut la périodicité de la syphilis qui, dit-il, peut rester cachée *per menses et annos*. Un peu plus tard Uçay de Toulouse étudiant l'action du mercure dit : « La vérole n'est pas « guérie, mais seulement ses symptômes, et il reste encore « dans le corps quelque portion du ferment vérolique,

« lequel, par succession de temps, se domestique et s'em-
« barrasse parmi les humeurs, de telle sorte qu'on voit
« dans les suites naître des incommodités qui ne ressem-
« blent plus à la vérole, quoyque pourtant elle en soit la
« véritable source. C'est de là que viennent tant de mala-
« dies héréditaires, de tumeurs scrophuleuses, tant de
« vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes, tant
« de fleurs blanches aux femmes, et en un mot, c'est de
« là que dérivent la plupart des maladies que l'on voit
« dans les familles et que malheureusement l'on traite par
« les voies ordinaires parce qu'on en ignore la source, et
« que même les médecins n'oseraient bien souvent en
« chercher l'origine. »¹

Uçay avait donc reconnu la variété des lésions tardives de la syphilis tertiaire, les difficultés du diagnostic et leur gravité lorsqu'elles ne sont pas reconnues et enrayés par un traitement convenable. Pendant près de deux siècles, les divers auteurs qui ont écrit sur la syphilis ne font pas mention de ces accidents fort éloignés du début de la maladie et qui cependant lui sont imputables. Au début du XVIII^e siècle, en 1702, Astruc observa avec soin la marche insidieuse de la vérole, il nota ses longues périodes de latence et en chercha les causes dans le plus ou moins de résistance du sujet.

En 1786 parurent les mémorables travaux de J. Hunter ; d'après lui le chancre syphilitique détermine une infection constitutionnelle d'où résulte la disposition syphilitique qui se manifeste par des accidents ou *qui peut rester latente*.
« L'apparition tardive de la maladie dans quelques parties,

(1) Cité par Jullien dans son *Traité pratique des maladies vénériennes*.
Paris.

« quand elle n'a été guérie que dans sa première manifes-
« tation, a fait supposer à plusieurs pathologistes que le
« poison restait caché quelque part dans les solides, et à
« d'autres qu'il pouvait circuler dans le sang pendant des
« années. »¹

Au XIX^e siècle, la syphilis est certainement, de toutes les maladies toxiques à évolution lente, la plus mûrement étudiée. Ricord (1838) sépara définitivement la syphilis de la blennorrhagie et divisa l'évolution de la maladie en trois périodes. Il connaissait bien ces accidents tardifs éloignés du début de l'infection et en 1851, dans son *Traité pratique des maladies vénériennes*, à propos d'un cas d'ulcération du larynx survenue vingt-cinq ans après le chancre et ayant entraîné la mort, il parle « des ravages d'une
« maladie dont le principe était resté si longtemps inactif
« et dont il a été impossible de trouver, dans les habitudes
« du malade et dans les circonstances dans lesquelles il a
« été placé, aucune cause d'excitation, aucune cause adju-
« vante saisissable qui ait pu l'éveiller et la mettre en
« action. »

La longévité de la syphilis est depuis longtemps une notion courante, et tous les auteurs ont cité des cas de gomme survenue trente, quarante, cinquante ans et plus après le chancre, mais nous arrivons à la période contemporaine et nous étudierons plus spécialement les auteurs qui ont traité le point spécial qui nous occupe, au moment où nous ferons l'étude statistique des grands entr'actes de la syphilis.

Les ouvrages de MM. Lancereaux, Mauriac, Jullien,

(1) *Traité de la Syphilis* par J. Hunter, traduit par G. Richelot, annoté par P. Ricord. Paris, 1845.

Fournier sont classiques, c'est à ces maîtres incontestés de la syphiligraphie française que nous devons l'étude de la syphilis conceptionnelle, de la syphilis héréditaire tardive, de la syphilis acquise de l'enfance, etc., c'est de leurs doctrines que nous nous sommes inspiré au cours de ce travail.

CHAPITRE II

CHRONOLOGIE DE LA SYPHILIS

La syphilis ou grosse vérole est une maladie générale, due à la pénétration dans l'organisme d'un agent infectieux : virus ou bactérie dont la nature est encore inconnue. La pénétration se fait soit par l'hérédité, soit par l'inoculation du sang ou des produits excrétés à la surface des lésions. Les symptômes se succèdent dans un ordre déterminé et avec un ensemble de caractères constants et faciles à reconnaître ; c'est une maladie à marche cyclique.

La méthode expérimentale a permis de suivre dans tous ses détails, surtout au début, l'évolution de la syphilis ; certains médecins peu scrupuleux ont inoculé la vérole à des sujets sains pris comme sujets d'expériences, d'autres expérimentateurs se sont inoculés eux-mêmes ; les uns et les autres ont pris toutes les précautions pour s'assurer de la pénétration du virus dans l'économie. On a ainsi recueilli une riche collection de faits à l'abri des incertitudes et des causes d'erreur de l'observation commune, qui ont donné des notions très précises sur l'évolution de la maladie.

L'inoculation étant faite, la trace du petit traumatisme fait à la peau disparaît vite, et au début aucun symptôme ne se produit ; après une période de vingt à trente jours, au point même qui a été inoculé, apparaît l'accident pri-

mitif, le chancre. Cette période d'incubation, qui est en moyenne de trois à quatre semaines, peut être réduite à quatorze jours, même à dix jours dans un cas ; elle peut aussi se prolonger pendant cinquante, soixante et même soixante et onze jours dans une observation de A. Guérin.

On a remarqué que l'intensité d'une syphilis est en raison inverse de la longueur de la première période d'incubation. Elle serait de vingt-cinq jours quand l'infection provient d'un chancre, de vingt-huit à trente jours lorsqu'elle provient d'une plaque muqueuse. On a remarqué que, depuis une cinquantaine d'années, la première incubation a augmenté de quelques jours, ce qui correspond bien à l'atténuation progressive de la vérole. Par exception à cette règle, l'incubation est plus longue chez le vieillard, qui cependant fait d'ordinaire des accidents tertiaires précoces et graves.

Le premier accident, que nous n'avons pas à décrire ici, a une tendance spontanée vers la guérison qui arrive en quatre à cinq semaines, il laisse une petite tache brunnâtre qui s'efface peu à peu et disparaît assez vite lorsque le chancre a été petit, qui persiste au contraire longtemps lorsque le chancre a été étendu. Pendant des mois et des années, l'induration chancreuse, ou syphilome proprement dit, persiste et constitue un signe précieux pour le diagnostic rétrospectif d'une syphilis acquise.

Cette évolution que l'on observe dans la plupart des cas n'est pas constante; certains chancres mettent plusieurs mois à cicatriser : *a)* lorsqu'ils siègent en un point exposé au passage fréquent de matières irritantes; *b)* sous l'influence de la grossesse (Porack), le chancre des parties génitales reste érodé et suintant pendant toute la gesta-

tion et guérit après la grossesse ; c) lorsque, par suite de malpropreté ou de toute autre cause, le chancre devient phagédénique.

A la fin du premier ou au commencement du second septennaire qui suit l'éclosion du chancre, apparaît un engorgement caractéristique des ganglions auxquels viennent aboutir les lymphatiques de la région malade. Cette adénopathie symptomatique se développe rapidement et en quelques jours prend son aspect spécial. Elle persiste longtemps et survit de beaucoup au chancre, parfois plus d'un an, second caractère important pour la recherche d'une syphilis acquise. Chancre et bubon sont les accidents de la première période.

Lorsque le chancre infectant est apparu, la vérole est acquise et le traitement le plus énergique, même l'extirpation du syphilome primitif est incapable de préserver le malade. L'imprégnation de l'organisme tout entier par le virus se fait en deux mois environ (seconde période d'incubation), puis elle se traduit par des éruptions diverses dont l'ensemble constitue les accidents de la période secondaire. Mais, tandis que la première incubation a été latente, sans aucun trouble de la santé générale, dès le début de la période secondaire un certain nombre de signes marquent l'infection de l'organisme [hypertrophie ganglionnaire généralisée, lésions de la rate et du foie (ictère), hypertrophie des amygdales, altération du sang (diminution des globules rouges, agrandissement du nombre des leucocytes, augmentation de l'albumine du serum, troubles nerveux (céphalée, vertiges, névralgies, neurasthénie, anesthésie mammaire et dorso-métacarpienne, douleurs musculaires), de la fièvre, etc.].

Les éruptions sont cutanées ou muqueuses. Les premières poussées du côté de la peau se montrent six à huit semaines après l'apparition du chancre, mais elles peuvent se perpétuer par poussées successives, pendant vingt à quarante mois et même jusqu'à cinq ou dix années, exceptionnellement jusqu'à vingt ou trente ans. Le traitement mercuriel commencé dès que le chancre est reconnu retarde de quelques jours l'apparition des accidents secondaires. Le froid a la même action, comme l'a observé M. Mauriac pendant l'hiver de 1879. Par contre, la chaleur hâte le développement des syphilides qui paraissent plus tôt en été qu'en hiver, et dans les pays chauds que dans les pays froids. Les lésions muqueuses sont très précoces et se montrent en même temps que la première poussée de réosole, parfois avant. Il n'est pas rare, surtout à la vulve, d'observer des plaques développées autour d'un chancre à peine cicatrisé, parfois même le chancre se transforme *in situ* en plaque muqueuse. La plupart des syphilitiques perdent leurs cheveux entre le troisième et le sixième mois : alopecie en clairière, le plus souvent elle n'est pas définitive, les cheveux repoussent.

Parfois on observe une épидидymite qui apparaît soit presque au début de la période secondaire, trois ou quatre mois après le chancre, soit beaucoup plus tard, au cours de la troisième année. C'est une induration indolente de la grosseur d'un haricot qui siège sur la tête de l'épididyme. Sous l'influence du traitement mixte, elle disparaît en six semaines environ ; abandonnée à elle-même, elle peut se prolonger indéfiniment. Elle est donc tout à fait distincte du sarcocèle tertiaire.

Surviennent alors certains accidents qu'on a appelés de

transition parce qu'ils apparaissent tout à fait à la fin de la période secondaire et peuvent coexister avec les premières lésions tertiaires. Ce sont entr'autres la périonyxis survenant à la fin de la deuxième ou au commencement de la troisième année ; des lésions spécifiques de l'œil et surtout l'iritis qui apparaissent d'ordinaire de la deuxième à la quatrième année, rarement au cours de la première année et exceptionnellement cinq à dix ans après l'accident primitif.

Pendant les deux premières périodes de la syphilis, la propriété caractéristique de la maladie, celle qui domine son évolution, c'est la virulence et la contagiosité (chancre, plaques muqueuses, ulcérations, sang sont contagieux et virulents). Pendant la période que nous allons étudier maintenant (période tertiaire) la syphilis cesse d'être virulente et change complètement de physionomie à un point tel que pour les anciens syphiligraphes, le tertiarisme était une maladie distincte de la vérole.

Au cours de la troisième année qui suit le chancre (dans une syphilis à évolution régulière typique), on voit apparaître des lésions dites tertiaires tout à fait différentes de celles que nous avons vues jusqu'à présent. Les manifestations secondaires étaient « généralisées et tumultueuses, mais éphémères », la syphilis était diffuse et superficielle ; dans ce dernier stade elle devient circonscrite et profonde. Les lésions sont discrètes et isolées ; au lieu de se développer en quelques jours et parfois du jour au lendemain, elles ont le plus souvent une évolution lente insidieuse et d'autant plus latentes que souvent elles atteignent des organes profonds qu'elles désorganisent dans leur structure intime. Ces lésions sont essentiellement

dégénératives et se présentent sous deux formes anatomo-pathologiques : gomme et sclérose. Le processus de nécrobiose peut envahir tous les organes ; il n'en respecte aucun et s'attaque indifféremment à la peau, au tissu cellulaire sous-cutané, aux os, aux muqueuses, aux viscères et aux organes des sens.

A ce moment l'agent contagieux a pris droit de cité dans l'organisme et il peut y persister pendant un nombre illimité d'années, la syphilis est devenue constitutionnelle, « elle finit par une diathèse après avoir commencé par une intoxication » (Mauriac).

Les accidents tertiaires, avons-nous dit, apparaissent souvent au cours de la troisième année ; il est plus exact de dire entre la deuxième et la quatrième année, mais à cette règle il y a de très nombreuses exceptions. Et d'abord le tertiarisme n'est pas le terme fatal de la syphilis secondaire, il existe fort heureusement un certain nombre de syphilitiques qui, après avoir eu des accidents précoces plus ou moins graves, restent définitivement indemnes et ne présentent par la suite aucune lésion de nature spécifique. D'autre part, envisagée au point de vue de la succession de ses symptômes, la syphilis tertiaire est presque toujours intermittente, c'est-à-dire qu'il existe entre les différentes manifestations de la vérole des intervalles variables pendant lesquels le principe morbide reste à l'état latent et ne révèle son existence par aucun signe extérieur. Ces temps de repos peuvent n'être que de quelques jours, le malade entre alors dans le tertiarisme par une transition insensible et sans que la maladie ait en quelque sorte subi d'interruption, et même, dans quelques cas rares, les accidents secondaires se trans-

forment peu à peu en accidents tertiaires, les papules deviennent érosives, ulcérées et prennent les caractères des tubercules ulcéreux — plus souvent ces périodes de latence, ces entr'actes sont de plusieurs semaines, de plusieurs mois ou de plusieurs années et leur durée peut dépasser un demi-siècle. Nous allons maintenant commencer l'étude de ces grands entr'actes.

On a émis diverses hypothèses pour expliquer la généralisation des lésions tertiaires; pour la majorité des auteurs le virus s'enkysterait pendant la période secondaire dans les glandes lymphatiques et redeviendrait libre à la période tertiaire; pour d'autres (Lang) les éruptions tertiaires seraient dues au développement de germes morbides laissés ça et là par la période secondaire et qui seraient éventuellement amenés à proliférer sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, ce qui expliquerait bien la récidive *in situ* des syphilomes chancreiformes, l'influence du traumatisme et les déterminations nerveuses et cérébrales chez les surmenés. On peut objecter à cette hypothèse la longueur de la période latente qui s'écoule entre l'infection et l'apparition des accidents tertiaires. « Ne devrait-on pas croire bien plutôt que pendant ce long intervalle les germes sont détruits ou expulsés par les échanges nutritifs? » (Lesser), ce qui s'accorderait bien avec la différence très frappante dans le pouvoir de transmission héréditaire de la syphilis dans les deux sexes; chez l'homme elle disparaît en moyenne beaucoup plus tôt que chez la femme. Chez le premier la contagiosité correspond à peu près à la durée de la période secondaire, chez la femme elle persiste souvent bien au-delà sans qu'on puisse en fixer la limite précise (15 ans dans un cas). Cette différence s'expliquerait par « la façon diverse dont se comportent les cellules génératrices chez l'homme et chez la femme. On sait que dans l'ovaire tous les ovules sont déjà achevés dès le jeune âge. L'ovule qui est fécondé à un certain moment se trouvait à l'état d'ovule depuis l'enfance de la femme, et quand cette femme a été infectée 10 ou 15 ans avant la grossesse, un germe syphilitique a pu pénétrer dans la cellule, y rester enfermé et ne se développer qu'en même temps que le fœtus. Il en est tout autrement des cellules spermatiques: la cellule fécondante n'existe comme telle que pendant un temps très court, elle n'est reliée aux cellules qui contenaient le germe syphilitique à l'époque de la période secondaire que par une longue suite de générations au cours desquelles ces germes ont été depuis longtemps expulsés ».

La théorie de Finger explique l'étiologie des accidents tertiaires en disant que dans la syphilis il faut distinguer les effets des bactéries elles-mêmes, et ceux des produits de muctation organique de ces bactéries. Il n'attribue à l'invasion bactérienne elle-même que les accidents typiques de la période secondaire; au contraire certains symptômes généraux de cette période, tels que la fièvre de la phase éruptive, les lésions

tertiaires et l'immunité seraient dus au produit des échanges nutritifs. Les premiers seulement contiennent le virus sous la forme transmissible ; les lésions tertiaires déterminées par les produits des échanges nutritifs ne sont pas contagieuses car elles ne renferment pas de bactéries. Cette hypothèse très ingénieuse soulève de graves objections, entre autres celle-ci : souvent des femmes, dans la période tertiaire où, d'après Finger, les bactéries, le véritable virus de la syphilis sont éliminées, accouchent d'enfants atteints de syphilis grave qui ne se distingue pas de celle d'enfants conçus dans la période secondaire et se transmet comme cette dernière à la nourrice et à d'autres individus. Ce fait s'explique parfaitement par la théorie de Lang, des germes qui sont restés.

CHAPITRE III

ÉTUDE STATISTIQUE DES GRANDS RETARDS

Il n'existe pas de statistique sûre pour déterminer la fréquence des cas de syphilis présentant des symptômes tertiaires ; ceux-ci, d'après l'opinion générale, ne surviennent que dans la minorité des cas ; le plus souvent la maladie s'éteint dans la période secondaire. La difficulté de réunir un nombre de cas suffisant provient de ce fait qu'en ville comme à l'hôpital un grand nombre de malades atteints de tertiarisme ne se font pas soigner par les mêmes médecins qui ont traité leurs accidents secondaires. D'après M. Mauriac la proportion des syphilitiques aboutissant au tertiarisme oscille entre 5 et 15 à 20 pour 100.

Parmi les syphilis arrivées à la période tertiaire il en est fort peu qui restent latentes pendant de longues années et le fait dominant au point de vue étiologique est la *rareté* de ces manifestations tardives. Il est nécessaire de fixer les idées sur ce point et le moyen le plus sûr est de produire des chiffres, de faire une étude statistique.

Nombre d'auteurs ont rapporté des cas isolés d'accidents tardifs mais sans en faire une étude d'ensemble avec chiffres à l'appui. M. Mauriac¹ a rapporté l'observation

(1) Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. Paris, 1890. P. 127.

d'un homme de soixante ans chez lequel une plaque tuberculo-ulcéreuse de la peau du prépuce était survenue quarante et un ans après un chancre syphilitique suivi d'accidents très bénins constatés et traités par Ricord, aucune manifestation syphilitique ne s'étant montrée dans l'intervalle. Maurice Raynaud fit allusion à un cas dans lequel une périostite suppurée de l'orbite apparut 5 $\frac{1}{4}$ ans après l'accident initial et guérit par le traitement spécifique. En 1870, M. Fournier publia l'observation d'accidents survenus 52 et 55 ans après (Observation n° 2 de notre mémoire). M. Jullien parle d'un cas où les accidents tertiaires se sont montrés 57 ans après le début de l'infection. Depuis, de nombreuses observations ont été publiées, on trouvera citées les plus intéressantes à la fin de ce travail.

Autant les cas isolés sont fréquents, autant les statistiques sont rares. En 1874, M. Jullien, dans ses *Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire*, dit avoir observé 218 cas de tertiarisme, une fois seulement l'accident s'était produit plus de 30 ans après le chancre ; il s'agissait d'un homme de 60 ans, syphilitique depuis 44 ans, atteint de gommes de l'épaule et de la paupière. En 1889, au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, le professeur Hasburt, de Copenhague, donna les résultats d'une statistique portant sur 514 cas de syphilis tertiaire.

En 7 années, M. Haslund vit à l'hôpital communal de Copenhague 5188 syphilitiques : 2833 hommes et 2355 femmes ; sur ce nombre total, 514 fois la syphilis était arrivée à la période tertiaire :

290 cas chez les hommes, soit une proportion de 9,9 %.

224 — — femmes, — — — 9,5 %.

c'est-à-dire qu'il y a peu de différence entre les sexes quant à la fréquence du mal.

1° *Hommes*. M. Hasburt a recherché le temps qui s'est écoulé depuis l'infection jusqu'au moment où apparurent les symptômes tertiaires. Il faut défalquer des 290 observations 34 cas où l'époque de l'accident primitif n'a pu être déterminée avec précision, plus 6 cas de syphilis congénitale. Restent donc 250 cas sur lesquels 23 fois l'accident tertiaire apparut après 20 ans, soit une proportion de 9,2 %.

20 ans.....	6
21 —	6
22 —	1
23 —	1
25 —	4
26 —	2
28 —	1
30 —	2

2° *Femmes*. 224 cas de syphilis tertiaire.

Il faut défalquer 94 cas où l'époque de l'infection est incertaine, plus 3 cas de syphilis congénitale, restent donc 127 cas sur lesquels 12 fois l'accident tertiaire apparut après 20 ans, soit 9,3 %.

20 ans.....	3
21 —	1
25 —	3
26 —	1
30 —	3
31 —	1

Notons que chez les femmes les renseignements sur le moment de l'infection sont encore moins sûrs que chez les

hommes. Il est fréquent que les premiers symptômes soient à peine remarqués ou même soient méconnus chez la femme. Celle-ci n'est pas à même de se soumettre comme l'homme à une minutieuse observation des régions où le mal débute d'ordinaire : tandis que chez l'homme 34 seulement sur 290 étaient incapables de préciser l'époque de l'infection ; il y avait 94 femmes sur 224 qui ignoraient complètement qu'elles étaient infectées, ou qui en tout cas ne pouvaient indiquer la date où la contagion avait eu lieu.

Au deuxième congrès de dermatologie et de syphiligraphie, M. Newmann, de Vienne, à la séance du 6 septembre, présenta le relevé de 9742 cas de syphilis traitées par lui à sa clinique. Sur ce nombre il y avait 665 cas de syphilis tertiaire, soit 6,82 %. Il fut impossible de fixer la date de l'infection chez 292 malades. Pour les 373 autres, le chancre remontait à :

1 an	dans	32 cas
2 à 10 ans	—	221 cas
10 à 20	—	87 cas
20 à 47	—	33 cas
		373 cas

c'est-à-dire que dans 8,84 % des cas la syphilis s'était manifestée 20 ans ou plus après le chancre.

Au congrès de 1889 (séance du jeudi 8 août) M. Fournier présenta pour la première fois les résultats d'une statistique établie avec tous les cas de syphilis tertiaire observés dans sa clientèle de ville depuis 1860. Voici les raisons pour lesquelles l'étude des malades de la ville a semblé préférable « au stock de faits incomparablement plus étendus qu'eussent offert les relevés de l'hôpital. »

Nous citons textuellement : « Les statistiques d'hôpital sont toujours suspectes, voire entachées de sélections involontaires ou voulues. On ne reçoit pas tous les malades indifféremment à l'hôpital, mais bien ceux qu'il est le plus urgent de recevoir, souvent aussi ceux qui agréent le plus en raison d'un intérêt scientifique, d'une recherche à l'ordre du jour. En ville, au contraire, dans un cabinet de praticien, on n'a pas le choix des malades par lesquels on est consulté. Ceux-là, c'est la force des choses qui les impose : donc une statistique de ville empruntée à un carnet journalier de médecin a plus de chance qu'un relevé d'hôpital, d'être l'expression sincère et exacte d'un ensemble clinique, à la condition, bien entendu, de porter sur une étape d'observation suffisamment étendue. Sûrement elle sera moins sujette à erreur et se rapprochera plus de la vérité ».

La statistique de 1889 reposait sur 2.395 cas où la date d'invasion du tertiarisme, sous toutes formes de manifestations, avait pu être déterminée d'une façon précise. A ce moment, le nombre d'accidents survenus à partir de la vingtième année après l'infection était de 164, soit une proportion de 6,84 %.

De cette étude, M. Fournier dégagait les conclusions suivantes :

La fréquence relative des manifestations du tertiarisme subit une ascension considérable de la première à la troisième année, moment où elle atteint son apogée. De la quatrième à la onzième année, elle décroît d'une façon continue, assez rapide et presque régulière, tout en se tenant encore dans une moyenne assez élevée dans les dix années suivantes (de 10 à 20) ; elle continue à décroître,

mais bien plus lentement, de la vingtième à la trentième année, le niveau reste à peu près uniforme mais très abaissé ; la syphilis tertiaire est déjà rare : elle devient exceptionnelle au-delà de la trentième année (30 cas en 24 ans, c'est bien peu) ; enfin les échéances de 40, 50, 55 ans, où la syphilis est tardive au sens extrême du mot, sont presque des curiosités pathologiques.

En 1894, dans un article sur les Etapes ultimes de la syphilis¹, M. Fournier revient sur ce sujet ; le nombre des cas observés est de 3.600, sur lesquels :

3423 fois les accidents tertiaires étaient apparus entre
la première et la vingtième année ;

177 fois les accidents tertiaires étaient apparus après
la vingtième année, c'est-à-dire dans la proportion de 5,17 pour 100.

La statistique qui sert de base à notre travail est celle de M. Fournier, poursuivie jusqu'à la fin de l'année 1897 (grâce aux notes que notre vénéré maître a mises libéralement à notre disposition). Elle se rapporte à tous les cas de syphilis tertiaires observés de 1860 à 1897, c'est-à-dire pendant une période de 37 ans. Le nombre total des observations est de 4251 : 3864 se rapportent aux hommes et 387 seulement aux femmes. Sur ce total, 229 fois l'accident tertiaire apparut 20 ans ou plus après le début de l'infection. Ces cas se répartissent de la manière suivante :

3864 hommes	219 cas, soit une proportion de 5,66 %
387 femmes	10 cas — — — 2,59 %
Total 4251 observ.	229 cas, soit une proportion de 5,38 %

(1) A. Fournier. Les Etapes ultimes de la syphilis. *Bulletin médical*, 1892, 25-29 avril.

c'est-à-dire qu'en chiffres ronds, les syphilis à évolution retardée s'observent une fois sur vingt.

La statistique nous a déjà montré la rareté relative des échéances lointaines de la syphilis, elle nous prouve aussi la diminution du nombre des manifestations spécifiques au fur et à mesure que la vérole vieillit. Les chiffres sont formels sur ce point. En effet, étudions les diverses échéances des accidents tertiaires :

Au cours de la 20 ^e année	49
21 —	27
22 —	18
23 —	17
24 —	16
25 —	15
26 —	13
27 —	9
28 —	12
29 —	10
30 —	12
31 —	4
32 —	3
33 —	3
34 —	3
35 —	1
36 —	2
37 —	2
38 —	1
39 —	1
40 —	5
41 —	1
43 —	1

Au cours de la 45 ^e année	4
46 —	4
52 —	4
54 —	4
	229

Soit, par période de cinq ans,

de la 20 ^e à la 25 ^e année	127
25 — 30 —	59
30 — 35 —	25
35 — 40 —	7
40 — 45 —	7
45 — 50 —	2
50 — 55 —	2

Deux conclusions nettes se dégagent déjà de l'étude de notre statistique :

1^o La rareté constante des accidents tardifs de la syphilis ;

2^o La bénignité presque constante qui rend plus favorable le pronostic.

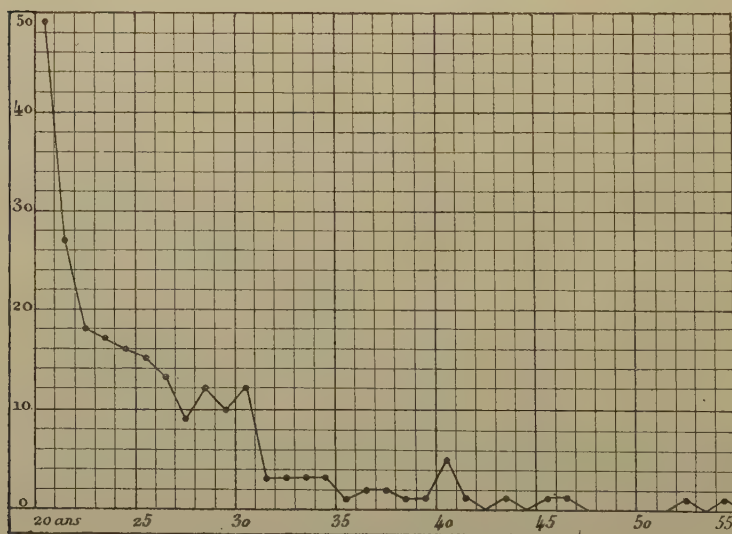


Tableau montrant la rareté croissante des accidents tertiaires après la 20^e année de la syphilis.

CHAPITRE IV

CAUSES DES GRANDS RETARDS

Nous venons d'établir chiffres en mains, que dans la proportion d'une fois sur vingt environ, la syphilis peut exister à l'état latent plus de vingt années consécutives ; nous avons à présent à rechercher quelles causes retardent à ce point l'évolution de la maladie et la jugulent pour ainsi dire.

Disons tout de suite que ces causes sont obscures et mal connues. Nous croyons rendre leur étude plus facile en déterminant au préalable les diverses conditions dans lesquelles l'évolution de la maladie est accélérée. Peut-être, par comparaison, nous sera-t-il plus aisé de nous former une opinion.

L'apparition précoce des lésions tertiaires prouve avec quelle rapidité l'organisme a été imprégné et par suite permet de prévoir la gravité de l'infection. En effet, une syphilis tertiaire précoce est presque toujours grave, d'où le nom de syphilis maligne précoce donné à ces formes dont l'évolution est rapide.

La gravité (comme la bénignité) de la vérole tient essentiellement à la nature du terrain sur lequel elle évolue. Chacun fait sa syphilis d'après son état de santé générale, ses habitudes, son tempérament, sa prédisposition

héréditaire ou acquise, ses tares morbides et surtout la façon dont il se soigne.

On peut distinguer : 1° des conditions générales banales qui augmentent la gravité de toutes les maladies, ce sont toutes les causes qui déterminent un affaiblissement général de l'organisme : convalescence de maladies graves, mauvaise hygiène, surmenage, etc. 2° des conditions spéciales qui semblent avoir une influence manifeste sur l'évolution de la syphilis (facteurs de gravité).

a) *Alcoolisme*. Donne au chancre une tendance phagédénique, produit la confluence des éruptions cutanées et prédispose aux localisations cérébrales.

b) *Age*. Chez l'enfant contaminé dans le cours de sa première année et chez le vieillard le pronostic est sévère. La vérole contractée après 50 ans donne lieu à un chancre souvent phagédénique, des éruptions confluentes, des gommes précoces ; l'affaiblissement est très marqué avec perte de forces et de l'appétit, amaigrissement et cachexie qui peut aller jusqu'à la mort. « La vérole n'aime pas les vieux » disait Ricord.

c) *Scrofulo-tuberculose*. On note la fréquence des lésions de l'œil (kératites), des articulations (tumeurs blanches syphilitiques), du larynx et des fosses nasales (carie, nécrose). L'état général est gravement atteint. Parfois existent des lésions bâtarde tenant à la fois de la syphilis et de la scrofule (scrofulate de vérole, Ricord).

d) *Paludisme*. Les deux infections se coalisent et amènent une cachexie profonde, souvent suivie de mort, la syphilis donnant à l'intoxication palustre un véritable coup de fouet. (Pellizari).

e) *Misère physiologique*. Les classes pauvres dont l'ali-

mentation est insuffisante, le logement froid et humide, se trouvent dans de très mauvaises conditions pour supporter la syphilis, les accidents précoces sont nombreux, mais il y a surtout une déchéance rapide de l'organisme avec cachexie précoce.

En général la syphilis est moins grave dans la classe oisive, sauf chez les viveurs du grand monde fatigués par les veilles et les excès de toutes sortes : joueurs, financiers sont prédisposés aux accidents cérébraux par suite du surmenage continu de leur système nerveux.

f) Absence ou insuffisance du traitement. D'après M. Fournier dix-neuf fois sur vingt les syphilis graves sont relatives à des malades qui ne se sont pas traités ou qui n'ont suivi qu'un traitement insuffisant. C'est de beaucoup le facteur le plus important dans l'apparition des accidents tertiaires précoces ou tardifs et nous retrouverons cette influence en étudiant les causes qui retardent la marche de la maladie. Les autres facteurs de gravité ont un rôle peu considérable comparés à l'influence prédominante du traitement ou plutôt de l'absence de traitement. Toutes les statistiques donnent des résultats identiques.

Haslund¹ a examiné à ce point de vue 514 malades atteints de syphilis tertiaire.

160 malades n'avaient suivi aucun traitement à la période secondaire.

284 malades avaient été insuffisamment traités.

70 malades avaient suivi un traitement énergique et de longue durée.

(1) Haslund. Ouvrage cité :

Ehlers¹ a publié une statistique sur 1501 cas de syphilis tertiaire ;

Chez 107 malades on ne pouvait déterminer le traitement antérieur soit 7,12 %.

665 malades n'avaient jamais été traités par le mercure soit 43,64 %.

Chez 606 malades la première manifestation seule fut soumise au traitement mercuriel, soit 40.38 %.

133 malades avaient été traités au mercure pendant une ou plusieurs poussées de syphilis active. soit 8.88 %.

En dehors de ces facteurs importants de gravité de la syphilis, il existe un certain nombre de causes qui influent sur la syphilis et ont tendance à la rendre maligne, mais leur influence est discutable :

1° Chez la femme la syphilis est plus grave au cours de la grossesse, à la suite d'un chancre du sein, d'autre part plus encore que chez l'homme le traitement est insuffisant.

2° Chancres extra-génitaux. Leur gravité a été fort exagérée : d'après M. Fournier, les syphilis d'origine digitale, mammaire ou vaccinale sont d'un pronostic suspect, mais en réalité « le caractère malin de la maladie relève moins de leur siège spécial au début que des conditions individuelles propres aux sujets affectés. »

3° Climat. Les syphilis coloniales sont plus graves que celles contractées en France, cette gravité est due le plus souvent au surmenage physique ou intellectuel, à la mauvaise hygiène ou aux excès.

Passons maintenant à l'étude des causes qui retardent

(1) Ehlers. Statistique communiquée au congrès de Dermatologie de Breslau, séance du 15 mai 1894.

l'évolution de la syphilis : l'analyse des faits cliniques va nous permettre d'établir quelques points intéressants.

1° *Fréquence chez l'homme.* — Les syphilis à grands entr'actes sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme ; dans notre statistique on voit 219 cas pour l'homme, 10 seulement pour la femme, c'est-à-dire 22 fois moins. Cette disproportion tient à ce que d'une part la syphilis est plus fréquente chez l'homme, et que la femme, par légèreté d'esprit, néglige souvent de se soigner.

2° *Bénignité des accidents secondaires.* — L'étude de toutes les observations confirme ce fait que dans la plupart des cas les accidents secondaires ont été bénins, à peine marqués ou même n'ont pas existé. Sur 229 cas que nous avons relevés, 99 fois les renseignements sur les premiers accidents furent précis et 4 fois seulement la période secondaire avait été d'une intensité moyenne, c'est-à-dire dans la proportion de 5 % seulement. Pas une seule fois les accidents secondaires ne furent sérieux, et à plus forte raison n'y eut-il pas de syphilis maligne précoce.

Donc dans la majorité des observations, les longues périodes de latence succèdent à des accidents primitifs bénins : un traitement peu intense, même court, suffit à enrayer au moins en apparence l'évolution de la maladie. Toutefois il ne faut rien exagérer, la bénignité des accidents des deux premières périodes n'est pas toujours une garantie pour la période tertiaire ; il est permis d'espérer que les accidents tertiaires, s'il s'en produit, seront sans gravité, mais il serait tout à fait téméraire au point de vue pronostic de ne pas faire les plus expresses réserves sur l'évolution ultérieure de la maladie.

3° *Influence du traitement.* — Un traitement antisyphi-

litique bien dirigé et rigoureusement suivi a de grandes chances de mettre pour toujours le malade à l'abri du tertiarisme ; autant les lésions tertiaires sont fréquentes chez ceux dont le traitement a été court et insuffisant, autant elles sont rares chez ceux qui se sont soignés avec méthode et régularité. Les chiffres indiqués par M. Fournier sont formels à ce sujet ; sur 93 cas dans lesquels les renseignements sur le traitement suivi au début ont été assez précis, voici les résultats obtenus :

Traitement nul ou presque nul	4
— de 1 à 3 mois	36
— de 3 à 6 mois	29
— de 6 mois à 1 an	8
— de 1 an	6
— de 1 à 2 ans	8
— de 2 ans	1
— de 3 ans	1

on voit que sur 93 cas il n'y en a que deux où le traitement ait été à peu près sérieux ; au contraire un traitement nul ou écourté donne l'énorme proportion de 91 sur 93.

4° *Absence de tous les facteurs de gravité.* — Un syphilitique qui ne se trouve dans aucune des conditions capables d'aggraver son mal doit bien le supporter à priori. Et de fait, un homme qui contracte vers l'âge de 20 ans un chancre de la verge et n'a contre soi aucune tare, n'est ni alcoolique, ni scrofuleux, ni paludéen, mais au contraire jeune, vigoureux, de plus vit dans une situation aisée, qui dès le début de l'infection commence un traitement rationnel et le continue un temps suffisant, cet homme a les plus grandes chances d'avoir une syphilis bénigne et d'échapper au tertiarisme, nous disons seule-

ment a les plus grandes chances, car il est des cas où en dépit des apparences, et bien qu'on ne trouve aucun facteur de gravité, la syphilis a cependant une évolution maligne sans qu'on puisse en déterminer la cause.

En résumé, la gravité de la syphilis est absolument indépendante de la force du virus. Si les épidémies de syphilis du XV^e siècle ont été si graves, c'est que la guerre, les privations, les misères avaient mis la population dans des conditions hygiéniques déplorables. Les syphilis coloniales sont souvent graves, mais en étudiant avec soin les conditions hygiéniques du sujet, on s'aperçoit qu'elles suffisent la plupart du temps à expliquer cette gravité. On voit souvent un sujet ayant une vérole bénigne contaminer un autre sujet qui présente les accidents les plus graves, il s'agit cependant d'un seul et même virus.

Donc l'évolution de la syphilis est commandée presque toujours par la nature du terrain.

CHAPITRE V

CAUSE DE RÉAPPARITION DES ACCIDENTS.

NATURE DES ACCIDENTS.

Les échéances tardives de la syphilis peuvent se présenter dans des conditions tout à fait différentes, suivant qu'elles ont été précédées ou non de ce qu'on peut appeler “ *les préludes tertiaires* ”, c'est-à-dire par d'autres accidents tertiaires survenus plus tôt. Deux cas peuvent se présenter :

1° La manifestation tardive a été précédée d'accidents beaucoup plus rapprochés du début de l'infection. La syphilis n'a en quelque sorte pas cessé de se manifester ; elle a tenu le malade toujours en éveil et les manifestations antérieures ont le plus souvent laissé des traces qu'un examen approfondi permet de retrouver. Citons comme exemple l'observation d'un malade de M. Fournier qui eut un sarcocèle la troisième année après le chancre, une exostose tibiale la quatrième année, une exostose costale la treizième et une glossite tertiaire la vingt-septième année. Ces cas ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracé.

2° Au contraire, l'accident tardif survenu au-delà de la vingtième année n'a été précédé d'aucune manifestation tertiaire ; le malade n'a rien vu depuis les accidents secon-

daire et la lésion en présence de laquelle se trouve le clinicien est la première atteinte du tertiariisme. Il existe même des cas dans lesquels il n'y a eu aucun accident secondaire : ni roséole, ni plaques. Le malade a eu pour toute lésion un chancre, un petit chancre, comme il dit, auquel il a prêté peu d'attention. L'adénopathie non douloureuse est passée inaperçue et le malade ne se doute pas un instant qu'il a eu la vérole. On voit alors des sujets affirmer avec la plus entière bonne foi qu'ils n'ont jamais fait de maladie, qu'ils n'ont eu qu'une affection vénérienne insignifiante et incapable d'engendrer des lésions aussi graves ; parfois même tout souvenir de l'accident primitif est perdu, on a alors à faire à une syphilis ignorée.

La syphilis après être restée 20, 30, 40 ans et plus sans donner aucun signe de son existence se réveille brusquement et reparaît sous forme d'un accident tertiaire. Ces entr'actes de si longue durée s'expliquent très difficilement dans l'état actuel de la science. Le germe infectieux n'est pas sorti de l'organisme puisque sans qu'il y ait eu réinfection il dénote sa persistance par des accidents d'ordinaire bénins mais quelquefois mortels. Mais ce germe infectieux est-il répandu dans tout l'organisme, siège-t-il en un ou plusieurs points déterminés où apparaîtront les accidents tardifs. Rappelons-nous les hypothèses de Lang et de Finger, car nous ne pouvons faire que des hypothèses et l'on ne connaîtra les causes exactes de cette recrudescence tant que l'on n'aura pas isolé et reconnu le microbe de la syphilis, de manière à l'étudier à loisir, à l'inoculer s'il est possible à quelque espèce animale “ de façon à connaître ses réactions sur les tissus, son mode de coloration, ses facultés de résistance, de multiplications, de survie ”.

On ne peut faire à l'heure actuelle que des suppositions, cependant l'étude attentive des faits permet d'indiquer quelques-unes des causes de réapparition des accidents.

a). *Insuffisance du traitement* des premiers accidents, point sur lequel nous n'avons plus à insister.

b). *Traumatisme* qui dans certains cas semble jouer un rôle manifeste. Cette question a été étudiée par Petit¹, élève de Verneuil, et par M. le professeur Berger². Le rôle du traumatisme est connu depuis longtemps ; au commencement de ce siècle Fournier écrivait³ : « Dans une syphilis ancienne le malade ne ressent quelquefois que des douleurs vagues, il peut même n'éprouver aucun accident, mais s'il vient à recevoir une blessure, il n'est pas rare de voir la plaie au bout d'un temps plus ou moins long se convertir en un ulcère vénérien. »

Il semble que dans les périodes de latence l'action du virus est suffisamment neutralisée pour qu'il ne puisse se produire d'accident spontané, mais elle ne l'est pas assez pour empêcher les formations d'un accident spécifique lorsqu'à la suite d'un choc par exemple, l'organisme se trouve affaibli en un point qui devient lieu de moindre résistance. La thèse de Petit renferme un cas très démonstratif, c'est l'observation n° 9 que nous résumons ici : « Une femme de 46 ans, d'une bonne santé apparente, glisse et tombe dans une fenêtre, son bras droit passe à travers un carreau dont un fragment fait à l'avant-bras une profonde

(1) Petit. De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse de Paris 1875.

(2) P. Berger. De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques. Thèse d'agrégation. Paris, 1875.

(3) Fournier. Article Etiologie du Dictionnaire en 60 volumes. T. XIII, p. 408. 1815.

entaille de 15 centimètres de long. Un mois de traitement d'après la méthode Raspail n'amena aucune amélioration ; elle fit venir un médecin qui, d'après les bords ulcéreux, le fond pultacé grisâtre, les bords violacés, livides, irréguliers, entourés d'une rougeur cuivrée, reconnut la vérole. Après nombre de dénégations la malade avoua avoir eu un chancre à l'âge de 26 ans et être restée six mois à Lourcine. Sous l'influence du traitement mercuriel la plaie guérit, mais lentement ; un an après il y avait encore de la rétraction des fléchisseurs ».

De même l'observation de Gauzinotty et Etienne de Nancy [que nous citons in extenso (observ. n° 13)], a trait à des accidents tertiaires d'origine nettement traumatique, une gomme crânienne apparut huit jours après un coup reçu sur la région, des gommes apparurent vers la région externe du genou droit un an après que la malade eut été atteinte d'entorse de ce même genou ; enfin un léger traumatisme de l'œil détermina une lésion qui ne céda qu'à l'iodure.

Enfin dans une observation de Petit que nous citons aussi (observ. n° 4) il semble bien qu'une luxation de l'épaule provoqua sur la région deltoïdienne la formation d'une plaque de rupia apparue 67 ans après le chancre.

L'action répétée de substances irritantes peut produire le même effet que le traumatisme : l'abus des boissons alcooliques, l'usage du tabac, la carie dentaire font naître des gommes de la langue.

En somme, il semble que la syphilis pendant ces grands entr'actes ne fait jamais que sommeiller, toute prête à se réveiller à propos d'une provocation suffisante.

En dehors de l'insuffisance du traitement et du trauma-

tisme, on peut encore invoquer l'affaiblissement dû à la vieillesse ; des tissus jeunes sont capables de neutraliser le virus syphilitique, celui-ci répand son pouvoir nocif lorsque l'organisme fatigué par les ans commence à faiblir. Le changement complet du genre de vie à la suite de revers de fortune, les chagrins, le surmenage doivent favoriser l'éclosion d'accidents tardifs chez ceux qui ont été longtemps indemnes ; mais nous n'avons pas d'observation qui en donne la preuve formelle. Aussi, ne voulant avancer que des faits précis, nous arrêterons là l'étude des causes capables de réveiller la diathèse, et nous concluons en disant que si parfois nous croyons trouver une explication satisfaisante, bien souvent il est impossible de trouver aucune cause tangible qui ait pu réveiller la syphilis et “ la mettre en action ” (Ricord).

NATURE DES ACCIDENTS

Les accidents par lesquels se traduit la syphilis dans les étapes reculées où nous l'étudions, c'est-à-dire après vingt ans, présentent deux caractères très nets.

1° Ce sont des accidents de forme tertiaire ; c'est en effet le propre de la syphilis, une fois les premières étapes franchies, de se présenter sous la modalité tertiaire ; c'est sous cette modalité pathologique qu'elle se présente dans les phases les plus avancées.

2° Ces accidents sont le plus souvent isolés et portent en général sur un seul système : peau, système nerveux, os, viscères. On trouvera par exemple une syphilide tuberculo-crustacée, une gomme cutanée, une ostéite spécifique. Sur 229 cas il n'y en a qu'une douzaine où il y a coexistence de plusieurs lésions spécifiques portant sur différents organes. Souvent donc la syphilis arrivée à cette période tardive

donne lieu à un accident unique, c'est la " syphilis cantonnée " (Fournier).

Nous allons maintenant étudier les localisations affectées par la syphilis dans ses manifestations tardives. En dépouillant les cas sur lesquels porte cette étude, on trouve par ordre de fréquence :

Syphilide cutanée.	71
Système nerveux	65
Système osseux	40
Lésions tertiaires de la verge	27
Gommes du tissu cellulaire.	20
Ophthalmies profondes	17
Langue	12
Testicule.	7
Voile du palais.	6
Larynx	3
Poumons	1
Articulations	1
Pharynx.	1
Rein	2
Anévrysme de l'aorte.	1
Gomme musculaire	1
Retrécissement de l'œsophage	1
Adénie	3
Syphilome hypertrophique diffus	1
Périonyxis	1
Rétrécissement rectal.	1

Le fait saillant c'est que les manifestations de la syphilis tardive portent avec une grande fréquence sur la peau et le système nerveux.

1^o *Peau*. — Sur un total de 282 accidents tertiaires de tous ordres les manifestations cutanées entre pour 71 cas. La forme la plus fréquente est la syphilide tuberculo-ulcéreuse ou tuberculo-croûteuse, ou bien des syphilides gommeuses avec infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Plus rarement on observe des syphilides tuberculeuses sèches dis-

posées en bouquets. Ces syphilides ordinairement bien limitées, à la suite d'un traitement insuffisant ou d'une déchéance organique ou même sans cause apparente peuvent s'étendre à une grande surface cutanée, se creuser, s'étaler et prendre tous les caractères du phagédénisme tertiaire.

Les accidents cutanés tardifs se produisent à échéance variable. Ils sont de beaucoup les plus fréquents de la 21^e à la 31^e année, mais on peut en observer au-delà de ce terme (51 ans dans un cas). Ils peuvent apparaître sur tous les points du tégument, mais leur siège le plus habituel est la face, le cuir chevelu ou les membres inférieurs. Dans certains cas ils se localisent sur un point spécial : la verge, 27 fois sur 96, c'est-à-dire dans la proportion d'un sur 3 1/2. Ce fait très singulier est relativement fréquent. « La verge, point de départ habituel de la syphilis, est aussi le point sur lequel se produit un retour offensif de la diathèse après un repos plus ou moins long, et, fait vraiment curieux, la lésion tertiaire siègerait chez certains malades au lieu même de l'ancien chancre. Certains malades sont formels sur ce point et il est bien difficile de mettre en doute leur bonne foi. » Il est difficile d'expliquer ce fait, soit que persiste *in situ*, sous la cicatrice du chancre, quelque germe capable de redevenir actif à longue échéance, soit que la cicatrice ancienne constitue un lieu de moindre résistance au niveau duquel les éléments de la peau se laissent plus facilement envahir par le processus scléreux ou gommeux.

Quoi qu'il en soit, les lésions tertiaires de la verge se présentent le plus souvent sous l'aspect de nodosités, de tubercules qui siègent de préférence dans le sillon balano-préputial. Au bout d'un temps variable ces tubercules se ramollissent, puis s'ulcèrent. On trouve en fin de compte une lésion d'aspect variable, large comme une pièce de 20 ou de 50 centimes. Parfois la lésion est profonde, le fond jaunâtre, les bords nettement découpés, elle a l'aspect d'un chancre simple ; d'autres fois l'induration nette et bien

circonscrite de la base peut les faire prendre pour un chancre induré.

Cette dernière lésion : *syphilide ulcéreuse chancriforme*, a été la cause de nombreuses erreurs de diagnostic. On l'a prise soit pour un chancre simple, soit pour un chancre induré, ce qui est plus grave, et on en a tiré une preuve de la réinfection syphilitique. En effet, si un sujet syphilitique pouvait contracter un second chancre syphilitique, c'est que ce sujet pourrait contracter une seconde syphilis et que par conséquent il aurait gréri de la première. On prouverait du même coup la réinfection syphilitique et la possibilité de la guérison de la vérole. Il est regrettable qu'il n'en soit pas ainsi et que tous les cas de réinfection qui ont été publiés aient prêté le flanc à la critique et aient pu être contestés. Aucun d'eux ne se présente avec une netteté et des garanties suffisantes pour s'imposer et entraîner la conviction.

2° *Système nerveux*. La prédilection de la syphilis pour le système nerveux est manifeste tout d'abord par le nombre de ses manifestations. En effet, le nombre des lésions du système nerveux est plus élevé que celui des syphilides cutanées. Dans notre statistique soixante-cinq fois le système nerveux a été touché ; rappelons qu'après lui le système osseux vient avec quarante cas, puis les germes du tissu cellulaire avec vingt cas.

Dans les vingt premières années qui suivent le chancre, le système nerveux paie un tribut bien plus lourd au tertiariisme, au point de vue de la fréquence des accidents il tient le premier rang et la peau ne vient qu'en second. Les rôles changent à mesure que la vérole vieillit : à partir de la 21^e année les accidents nerveux deviennent rares ; ils sont exceptionnels de la 26^e à la 28^e année ; au-delà de ce terme, on n'observe plus que des cas isolés.

En opposition avec la fréquence des manifestations nerveuses, notons la rareté des lésions viscérales, ce qui s'explique par deux raisons : 1° Les lésions viscérales, lors-

tion, peut atteindre le système nerveux suivant deux modes bien différents et tout à fait distincts comme nature : Les affections *syphilitiques vraies* (encéphalopathies, myélites spécifiques, paralysies). 2^o Les affections *parasyphilitiques* sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici. Rappelons seulement que ces affections parasyphilitiques, quel que soit le viscère ou le système sur lequel elles se développent, ont ce caractère d'être d'origine spécifique mais non de nature spécifique. Tels sont, au point de vue du système nerveux, le tabes et la paralysie générale.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici se rapporte à des accidents tardifs survenus à la suite d'une syphilis acquise dans l'âge adulte. L'évolution de la syphilis présente-t-elle aussi de grands entr'actes lorsqu'elle a été contractée par un enfant, un fœtus ou une femme enceinte ? C'est ce qu'il nous reste à étudier.

I. SYPHILIS ACQUISE DE L'ENFANCE

La syphilis acquise de l'enfance est bien plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Les causes de contagion peuvent être rapportées aux quatre groupes suivants :

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| a. Causes spéciales à l'enfant | { | 1 ^o Allaitement — en particulier le baiser |
| | | 2 ^o Elevage (Nourrice, Biberon) |
| b Causes générales | { | 3 Attentats |
| | | 4 ^o Contagion médicale { Vaccin, circoncision
hébraïque, cathétérisme de
la trompe d'Eustache, etc. |

Elle évolue absolument comme la syphilis acquise de l'adulte avec chancre initial, suivi d'accidents secondaires marche chronique, durée indéfinie. Au-delà de la période secondaire après un intervalle moyen de une à trois années, la maladie entre dans la période tertiaire. Les accidents atteignent de préférence les viscères ; ils aboutissent spontanément à des destructions, des mutilations, des scléroses ou des atrophies d'organes. Telle est la règle pour les enfants

de 2, 3, 4 ans et plus, mais lorsque la syphilis atteint un enfant dans la première année et surtout dans les premiers mois de sa vie, l'évolution est tout autre, l'enfant est en quelque sorte sidéré. L'état général est d'emblée gravement compromis et ce sont les symptômes généraux qui dominent : le petit malade est pris de diarrhée et de vomissements rebelles, il s'étiole et s'affaiblit progressivement jusqu'à la cachexie, puis succombe à l'athrepsie ou à une complication, la pneumonie le plus souvent.

Tout compte fait, les cas où la syphilis tue l'enfant sont rares et au point de vue du pronostic le contraste est frappant entre la syphilis héréditaire et la syphilis acquise de l'enfant. Celui-ci supporte bien la maladie et la survie est la règle ; ce qu'avait déjà remarqué Ambroise Paré ¹.

Il la supporte même si bien que nombre de fois les accidents du début passent inaperçus. Le chancre n'est presque jamais phagédénique mais au contraire souvent bénin et il dure peu, ce qui le fait méconnaître, puis les accidents secondaires dont les plaques muqueuses sont le type le plus fréquent évoluent au milieu d'un état général satisfaisant, d'une santé en apparence parfaite malgré la syphilis. Aussi les syphilides sont-elles prises pour des *gourmes* ou des *croûtes de lait*, les plaques muqueuses buccales sont regardées comme des *feux de dents* et la vérole est méconnue ; ce qui plus tard rend les recherches rétrospectives très difficiles.

En effet, les accidents tertiaires qui le plus souvent apparaissent de un à trois ans après l'infection peuvent, sous l'influence de conditions mal déterminées, apparaître beaucoup plus tard : vingt ans et même davantage après le chancre, tout comme dans la syphilis acquise de l'adulte. Le raisonne-

(1) A. Paré. On voit peu souvent les enfants nés avec ce mal recevoir guérison, mais ceux qui l'acquièrent par leur nourrice ou autrement étant déjà grandelets, sont quelquefois guéris. (Cité par M. Fournier d. Syphilis acquise de l'enfance).

ment permettait déjà de prévoir ce résultat que confirme la clinique (Cf. observation n° 16 dans laquelle une syphilis contractée pendant l'enfance s'est manifestée vingt et un ans après par des lésions spécifiques tertiaires).

Celles-ci doivent être étudiées attentivement parce que :

1° Ce sont des lésions graves qui peuvent amener la mort quand elles frappent un viscère important, ou défigurer par des cicatrices quand elles atteignent le visage et surtout le nez, ou causer des troubles sérieux (perforation du voile du palais). 2° Elles sont souvent méconnues parce que les accidents primitifs eux-mêmes ont été méconnus ; d'ailleurs les raisons sont nombreuses. *a* Bénignité des premiers accidents. *b* On ne pense pas à la syphilis chez l'enfant qui, par son innocence même, semble préservé de la contagion spécifique. *c* L'ignorance des parents en fait de syphilis. *d* L'aspect banal que prennent des lésions qui ont perdu leurs caractères spéciaux. Les gommes viscérales sont impossibles à diagnostiquer ; la gomme syphilitique a le même aspect que la gomme scrofuleuse, l'ophtalmie quelle que soit son origine se présente avec des signes identiques. *e* Confusion possible avec la scrofule. Celle-ci est plus rare à l'âge adulte que chez l'adolescent âgé de moins de 20 ans, nous n'avons donc pas à nous en occuper.

Ces lésions étant méconnues, d'un diagnostic faux dérive forcément une thérapeutique mauvaise, les sujets considérés comme scrofuleux sont gorgés d'huile de foie de morue, de sirop d'iodure de fer, de préparations arsenicales, etc., qui restent sans effet. La syphilis n'étant pas traitée prolifère en quelque sorte, les lésions s'étendent, deviennent souvent phagédéniques et aboutissent à la formation de cicatrices indélébiles. Si au contraire on avait institué le traitement spécifique, ces lésions auraient été presque sûrement arrêtées dans leur évolution, car chez l'adulte jeune le traitement est bien supporté. « Ces accidents lamentables, qu'il est si facile de conjurer par un traitement, approprié, donnent au praticien qui a su les reconnaître et

instituer un traitement convenable, un succès qui peut être merveilleux. »¹

II. SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE.

On a dit que le plus souvent une mère transmet à son enfant une syphilis héréditaire si la syphilis est contractée avant le 7^e mois accompli de la grossesse ; si l'inoculation n'a lieu que dans les deux derniers mois, le plus souvent l'enfant restera sain, et au moment de l'accouchement il est exceptionnel que le fœtus, protégé par l'enduit sébacé dont il est recouvert, s'inocule au passage des organes génitaux maternels lavés par les eaux de l'amnios. En réalité, la vraie raison de l'immunité apparente de l'enfant, c'est qu'il apporte presque fatalement la syphilis lorsqu'il naît d'une mère syphilitique. Si par exception l'enfant reste indemne dans les premières semaines ou les premiers mois, tôt ou tard l'apparition des lésions d'hérédo-syphilis prouvera la contamination *ab ovo*.

Quand la vérole frappe l'enfant avant sa naissance, l'avortement est fréquent et on trouve des lésions caractéristiques du fœtus et du placenta. Si la naissance a lieu à terme, le nouveau-né peut présenter immédiatement des signes extérieurs de syphilis ; celle-ci se manifeste ordinairement quelques semaines, rarement plus de quatre mois après la naissance par des papules et des plaques dont l'origine est non douteuse ; l'enfant prend un aspect particulier ; il ressemble à un petit vieillard rabougri, au teint terreux, à la peau flasque, portant des stigmates sur lesquels nous n'avons pas à insister ici ; à l'autopsie on trouve des lésions de syphilis viscérale.

Telle est l'infection habituelle, mais dans certains cas, rares à la vérité, ces premières lésions ne se produisent pas ou sont si légères qu'elles passent inaperçues. L'héré-

(1) A. Fournier. Ouv. cité, p. 624.

dité se traduit tardivement, pendant la seconde enfance, à la puberté, et même à l'âge mûr par des accidents plus ou moins graves de nature tertiaire. Ces cas de syphilis héréditaire se manifestant vingt ans et plus après l'infection qui s'est faite *ab ovo* rentrent absolument dans le cadre de notre sujet. D'après Melchior Roberts ¹ « la vérole héréditaire peut rester latente jusqu'aux périodes les plus reculées de la vie. »

L'influence des causes secondaires est plus nette que dans la syphilis acquise ancienne. Les traumatismes pour le squelette et l'affaiblissement général dû à certaines fièvres graves semblent jouer un rôle certain de l'apparition de ces accidents qui sont bien plus fréquents au moment de la puberté, (c'est-à-dire entre 14 et 20 ans) que plus tard.

Il faut distinguer deux ordres de cas : 1^o ceux où les manifestations tardives ont eu pour prélude des accidents survenus au cours du premier âge : syphilides cutanées ou muqueuses, coryza, onyxis. Ces accidents disparus (avec ou sans traitement), tout rentre dans l'ordre, puis après un intervalle plus ou moins long, apparition de nouveaux accidents ; c'est ce qui arrive le plus souvent. 2^o le cas où l'accident tardif est le premier symptôme, la syphilis étant restée latente, c'est-à-dire sans avoir présenté aucun symptôme « susceptible d'éveiller la sollicitude d'une famille ou le soupçon d'un médecin ». Il ne faut pas en effet être trop absolu, et on ne peut affirmer qu'au cours de toute une jeunesse il ne s'est jamais produit aucune plaque muqueuse discrète. Il faudrait un médecin attaché nuit et jour au malade pour constater une si petite lésion. Ces cas sont les plus rares mais aussi les plus curieux.

Toutefois, on doit mettre de très grandes réserves à accepter ce diagnostic de syphilis héréditaire tardive ; d'après Diday, lorsqu'il n'y a pas eu pendant le premier âge quelque manifestation spécifique, on ne peut affirmer

(1) M. Robert. Nouveau traité des maladies vénériennes. 1864, p. 701.

la syphilis héréditaire tardive que si l'on peut réunir les trois conditions suivantes :

1^o que l'accident constaté soit bien de nature syphilitique ;

2^o que le sujet n'ait subi aucune contagion dans le cours de son existence,

3^o qu'un des deux parents au moins ait été infecté à l'époque de la conception.

Ces trois conditions sont en pratique très difficiles à réaliser et il est presque impossible de citer un seul cas où une critique rigoureuse trouverait toutes les garanties exigibles. Le point faible est toujours le même, c'est l'enquête sur les ascendants, c'est de démontrer que les parents du malade ont réellement eu la syphilis. Il est facile de concevoir les difficultés de toute sorte que l'on rencontre au cours d'une enquête médicale sur les antécédents d'une famille dispersée ou presque éteinte, et de reconstituer un passé qui remonte à trente et quarante ans. Les parents sont morts dans la plupart des cas, et les renseignements rétrospectifs sont des plus incertains.

Enfin les accidents tardifs sont d'autant plus rares que la syphilis héréditaire a un pronostic des plus sombres, un grand nombre d'enfants sont tués *in utero* (avortement) ou bien succombent dans les premiers jours, les premières semaines, les premiers mois qui suivent la naissance, et sur cent enfants nés de parents syphilitiques, soixante-dix à quatre-vingt-trois meurent avant d'arriver à l'âge adulte.

M. Fournier a fait une statistique portant sur 272 observations de syphilis héréditaire relatives à des sujets âgés de 3 ans au moins.

251 fois l'âge des malades était inférieur à 28 ans (de 3 à 28)
21 fois — — — au-dessus de 28 ans (de 28 à 65).

Le maximum de fréquence est atteint vers l'âge de 12 ans ; à partir de 18 ans la fréquence diminue très vite, de plus un très grand nombre de ces accidents tardifs ne sont que la récurrence d'accidents anciens et dans bien peu de cas une période minima de vingt années s'est écoulée entre deux

manifestations successives. On trouvera quelques belles observations de syphilis héréditaire tardive à la fin de ce travail.

De l'étude de ces faits de syphilis acquise de l'enfance et de syphilis héréditaire tardive, on peut déduire les conclusions suivantes :

Lorsqu'on se trouve en présence, chez un adulte, d'une lésion nettement syphilitique ou simplement suspecte de spécificité et qu'après un interrogatoire minutieux l'idée d'une syphilis récente doit être écartée, il faut faire une enquête serrée sur les antécédents du sujet et songer à la possibilité d'une infection dans le jeune âge. Il faut aussi penser à l'heredo-syphilis, faire un examen soigneux de tout le corps pour rechercher les stigmates, s'il en existe ; dans la recherche des antécédents personnels la réunion des trois symptômes suivants plaide en faveur de l'heredo-syphilis, à savoir : coryza-pemphigus des extrémités, pseudo paralysie des membres par dislocation diaphyso-épiphysaire (maladie de Parrot).

Si cette double enquête reste négative, songer à une syphilis ignorée et instituer le traitement spécifique, surtout l'iodure qui en général est bien supporté.

III. SYPHILIS CONCEPTIONNELLE

La femme en état de gestation peut devenir syphilitique de deux manières différentes : 1^o par inoculation directe se traduisant par un chancre induré qui évolue comme dans toute syphilis ; c'est le cas le plus fréquent ; 2^o par l'intermédiaire de l'enfant qu'elle a conçu, et alors l'examen le plus minutieux de tout le corps ne révèle aucune trace de l'accident primitif. Le fœtus créé par un spermatozoïde imprégné de virus syphilitique contagionne sa mère au niveau du placenta (Diday), c'est même sur lui que se développerait le chancre.

C'est à ces cas de contagion par le fœtus qu'on donne le

nom de syphilis conceptionnelle. Elle est caractérisée par l'absence de chancre induré, ce qui élimine la syphilis acquise.

On ne peut porter ce diagnostic qu'après de minutieuses recherches pour dépister le chancre qui peut passer inaperçu soit par son petit volume, soit par son siège en un endroit caché. Il est indispensable de faire l'examen méthodique de tout le corps.

La syphilis conceptionnelle évolue suivant deux formes cliniques bien différentes : l'une *précoce* : les symptômes secondaires apparaissent pendant la grossesse ou peu après l'accouchement, l'autre *tardive* : les symptômes secondaires sont légers ou nuls et les accidents tertiaires n'apparaissent que plusieurs années après l'infection. En présence d'une lésion tertiaire survenue, sans chancre initial, chez une femme qui a été mère, on doit donc penser à tous les modes de contagion observés chez l'homme, mais de plus à la syphilis conceptionnelle.

Notons au passage les rapports intéressants de la syphilis conceptionnelle et de la syphilis héréditaire tardive, toutes deux sont « *de capitis* », c'est-à-dire sans accident primitif. Toutes deux sont acquises par la voie placentaire c'est-à-dire par le sang et sont générales d'emblée ; mais tandis que la syphilis de l'enfant est d'une gravité que nous rappelions tout à l'heure, celle de la mère est plus souvent bénigne et passe à l'état latent. La mère immunisée est devenue réfractaire à la contagion, elle ne contracte pas la maladie en nourrissant son propre enfant comme pourrait la contracter une nourrice étrangère (loi de Baumès et Colles).

Cet état latent dure en général quelques années, quatorze ans dans les cas de Morel-Levallée et Hudelo, quinze ans dans un cas de Behrend, quinze ans dans un cas de Meneault, dix-huit ans dans un cas de Besnier (1), mais nous ne connaissons pas d'observation dans laquelle cet entr'acte ait

(1) Godinho. — De la Syphilis conceptionnelle Thèse de Paris, 1891.

été de vingt ans, qui est notre chiffre minimum, aussi nous n'insisterons pas sur ce sujet.

Enfin on peut se demander si un sujet né syphilitique de parents syphilitiques peut à son tour, sans nouvelle infection, procréer des enfants syphilitiques ; tout porte à le croire. Cependant les cas de syphilis héréditaire à la deuxième génération sont très rares, tous ceux qui sont connus ne sont pas à l'abri de toute critique, c'est pourquoi nous ne voulons pas en aborder l'examen et nous croyons sage d'arrêter ici l'étude des grands entr'actes de la syphilis.

CHAPITRE VI.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

I. Pronostic. — Au point de vue du pronostic, les accidents tardifs ne diffèrent en rien des accidents tertiaires plus précoces, ils évaluent de la même manière et cèdent comme eux au traitement spécifique.

En général cependant le pronostic est relativement favorable et la statistique établit que sur 229 cas la mort n'est survenue que deux fois, 1 sur 114. Toutefois ces malades n'ont été suivis que pour un temps variable mais souvent court, d'autres, après quelques visites n'ont jamais été revus ; étant donnée l'ignorance complète où l'on est de ce qu'ils sont devenus, il serait imprudent de conclure et c'est plutôt d'après l'étude des faits dans lesquels la guérison s'est produite et s'est maintenue pendant une période appréciable que l'on peut juger la question.

On dit couramment que ces syphilis à longue échéance sont bénignes, il y a quelque ironie à leur donner ce nom de bénignes ; en effet, si au début de leur évolution elles ne présentent que des accidents rares et légers, elles sont exposées, dans un avenir plus ou moins éloigné, à des manifestations tertiaires dont quelques-unes sont très redoutables soit pour un organe (nez, voile palatin, mutilation de la face), soit pour la vie du malade quand un viscère important est touché. Il serait plus logique de les appeler malignes, « le propre de la malignité étant d'aboutir à des états graves sous le masque de la bénignité ».

Lorsque le premier accident est apparu après un long

entr'acte et que le diagnostic a été porté, on institue de suite un traitement énergique qui enrayer l'accident actuel et empêche le plus souvent l'apparition d'autres ultérieurs. Il n'en est pas toujours ainsi et même lorsque le traitement a été convenable, à plus forte raison s'il a été faible ou nul, le malade est exposé à une deuxième, une troisième, une quatrième atteinte soit sous forme de récurrence *in situ*, soit en un autre point de l'économie. Nous citerons comme exemple notre observation n° 8.

28ans après le chancre, Sarcocèle syphilitique.

29 — — — Syphilides serpiginieuses de la face.

30 — — — Syphilide palmaire.

31 — — — Ulcère spécifique simulant un
ulcère variqueux.

A un point de vue plus général il est impossible de fixer même approximativement la durée de la syphilis puisque son principe peut rester à l'état latent des années entières et se réveiller ensuite avec une nouvelle énergie sous l'empire de conditions qui le plus souvent nous échappent ; aussi lorsqu'un malade qui depuis vingt ans ou plus n'a pas eu d'accident, demande s'il est guéri, est-il plus que hasardeux d'affirmer qu'il est pour toujours débarrassé de sa syphilis et qu'il n'en subira plus aucune atteinte.

II. *Traitement.* — Le traitement de l'accident tardif ou non est classique, c'est le traitement des accidents tertiaires : mercure et iodure de potassium. Le mercure agit mieux sous forme d'injections intra musculaires. On les fait soit avec des sels solubles (peptonate), soit avec des préparations insolubles (calomel, huile grise). L'iodure est donné à la dose moyenne de 3 à 4 grammes, on peut dans certains cas aller jusqu'à 8 et 10 grammes.

Le fait intéressant au point de vue de la prophylaxie thérapeutique, c'est le traitement préventif qui, pratiqué idéalement éviterait aux malades ces réveils tardifs d'une diathèse qui semblait pour toujours endormie.

La médication actuelle consiste à traiter *abovo*, la syphilis

dans toutes ses manifestations. On combat ainsi : les accidents actuels et on espère conjurer les accidents futurs. Lorsque le traitement spécifique a été suivi pendant plusieurs années (trois années environ), avec rigueur, on croit avoir assez fait et on cesse un traitement qui a la vérité deviendrait fastidieux s'il était prolongé. Il faut reconnaître que les résultats du traitement ainsi compris sont très manifestes, c'est bien certainement à ce fait qu'on doit l'atténuation de la gravité de la syphilis considérée en général.

On a pensé qu'il y aurait avantage à soumettre les malades, syphilitiques depuis longtemps, à des cures préventives à l'iodure de potassium, par exemple vers la 15^e, la 20^e ou la 25^e année après le début de l'infection. Ce serait un moyen de prévenir les accidents tardifs et ils est permis de croire qu'un traitement ioduré institué à un moment donné de l'évolution d'une syphilis latente pourrait empêcher le développement d'un accident destiné à paraître trois au six mois plus tard. D'ailleurs certains malades prennent ainsi de l'iodure, de leur propre initiative ; tous les ans ou tous les deux ans au printemps ils font une cure d'un mois ou six semaines.

Loin de nous la pensée d'instituer des cures préventives à *perpétuité*, ce qui serait absurde, mais nous pensons qu'il y aurait un avantage sérieux à donner, à titre préventif, de l'iodure de potassium à des sujets syphilitiques et n'ayant présenté, depuis quinze ou vingt ans par exemple, aucun accident imputable à la syphilis. On éviterait ainsi l'apparition des accidents tardifs dont l'étude se trouve ainsi terminée.

OBSERVATION N° I

G. Thibierge. Gommès syphilitiques cutanées développées cinquante-deux ans après le chancre. (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux.* 1893.)

Le nommé M. (Constant), âgé de 70 ans, entre le 27 octobre 1893 à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Besnier.

Cet homme a eu, il y a 52 ans, à l'âge de 18 ans, un chancre dont on voit encore la trace sur le fourreau de la verge, sous la forme d'une cicatrice unique, arrondie, fortement déprimée et un peu décolorée. Ce chancre n'avait pas été accompagné de bubon et a été suivi de lésions de gorge ; le malade ne peut dire s'il a eu, à la suite des manifestations cutanées. Il entra pour cet accident à l'hôpital du Midi et les recherches faites sur les registres de cet établissement ont fait connaître qu'il y avait séjourné du 22 Novembre au 9 Décembre 1841 ; le diagnostic porté à l'entrée était celui « chancre » Il n'est pas besoin de dire que, à cette époque, il ne pouvait être question d'une désignation plus précise) et à la sortie on notait en outre l'existence d'une uréthrite. Cette constatation qui confirme les déclarations du malade, n'est pas sans intérêt. M. ne peut dire à quel traitement il fut soumis pendant son séjour à l'hôpital, il croit cependant se rappeler qu'on lui a fait prendre un médicament sous la forme liquide.

Ce qu'il affirme, et il ne varie pas à ce sujet dans son interrogatoire, c'est que depuis cette époque il n'a présenté aucune manifestation cutanée ou viscérale qui pût être rapportée à la syphilis et que jamais non plus il n'a eu sur les organes génitaux de lésion rappelant de près ou de loin le

chancre de 1841. Les seules maladies qu'il ait faites sont des furoncles dont on trouve la trace sur la cuisse gauche et sur la partie latérale gauche du thorax et qui ont guéri sans aucun traitement interne, puis une lymphangite pour laquelle il est entré en Juillet 1878 dans le service de M. Lallier; nous avons encore pu trouver sur les registres de l'hôpital St-Louis la trace de ce séjour et du diagnostic porté à cette époque ; enfin de l'acné s'est montrée il y a quelques années sur la partie supérieure du dos et a été traitée par des applications de savon noir.

M. s'est marié à 21 ans, trois ans après l'accident initial; sa femme est morte en 1870, à l'âge de 43 ans, d'un epithelioma du sein sans avoir présenté de manifestations syphilitiques, sans avoir fait de fausses couches. Elle a eu six enfants tous morts aujourd'hui d'affections diverses qui ne semblent avoir rien de commun avec la syphilis, la première née cinq ans après le début de la syphilis paternelle, et la troisième de tuberculose pulmonaire, un du croup, deux autres (le quatrième et le cinquième) en nourrice vers l'âge de huit mois d'affections indéterminées ; son dernier enfant était une fille morte à vingt-et-un ans de suite de couches.

M. est actuellement un homme vigoureux, ses cheveux abondants ne sont pas tous blanchis, son teint est coloré avec quelques varicosités, ses cornées ne présente aucune trace de cercle sénile, ses artères sont à peine athéromateuses, ses diverses fonctions s'exécutent régulièrement. Il entre à l'hôpital pour une lésion de la cuisse droite qui a débuté il y a deux mois par un « petit clou » s'accroissant rapidement, bientôt ouvert et suppurant beaucoup; une fois que la lésion s'est ouverte, deux autres lésions semblables se sont montrées au voisinage de la première et n'ont été traitées que par des applications de pommade boriquée.

Actuellement le diagnostic de cette affection s'impose à première vue : elle a la forme d'une feuille de trèfle à base supérieure ; la foliole inférieure est représentée par une

cicatrice arrondie d'un rouge violacé, les deux folioles latérales sont constituées par deux ulcérations en pleine activité, ayant chacune environ la dimension d'une pièce de un franc, à bords arrondis presque réguliers, taillées à pic, séparées l'une de l'autre par un mince pont cutané violacé ; la partie centrale est profondément ulcérée, de coloration rouge, de surface irrégulière et laisse suinter un liquide séro-purulent qui se concrète à la périphérie en croûtes brunâtres ; au pourtour de ces lésions, la peau, sur une largeur de plus d'un centimètre, est d'un rouge un peu violacé. A la palpation on constate une infiltration profonde des tissus autour des ulcérations.

Dans la région inguinale correspondante, on trouve quelques ganglions tuméfiés.

Sous l'influence de pansements au sublimé, les lésions inflammatoires surajoutées aux ulcérations se sont rapidement effacées.

Aujourd'hui, sept jours après l'entrée du malade à l'hôpital — après un traitement interne volontairement peu actif — il n'y a pas de tendance à la réparation des ulcérations, le pont cutané qui séparait les deux ulcérations supérieures a disparu ; les deux ulcérations présentent sur leur bord inférieur une échancrure arrondie qui les déforme, mais dont la configuration vient encore confirmer le diagnostic primitif.

Le malade sera mis à partir de demain à un traitement mixte intensif qui sans aucun doute viendra rapidement à bout des lésions.

OBSERVATION N° 2.

Fournier. Note sur un cas de gomme syphilitique survenue 55 ans après le début de l'infection. *Société médicale des Hôpitaux* (24 juin 1870). Observation résumée par l'auteur dans le *Bulletin médical*. 1894.

Un jeune homme de 17 ans contracte un chancre syphilitique suivi de quelques accidents secondaires ; il se traite

et tout s'efface ; il ne se produit plus aucun accident pendant 51 ans, puis à l'âge de 69 ans survient une lésion maxillaire qui, diagnostiquée comme syphilitique par Ricord, Nélaton et Demarquay, est traitée et guérie par l'iodure de potassium.

Finalement à 72 ans, c'est-à-dire 55 ans après le début de l'infection, tumeur énorme de la cuisse sur laquelle je portai le diagnostic de gomme et qui, attaquée par KI, se résorba et disparut en six semaines.

OBSERVATION N° 3.

Heulz. *France Médicale*, 15 octobre 1885. — Syphilides tuberculeuses survenues 44 ans après le chancre.

Le nommé Gr. Isidore se présente le 6 juin dernier à la consultation de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, pour des boutons qui lui sont, dit-il, survenus à la peau depuis quelque temps déjà. Ce n'est pas qu'il en soit incommodé, mais il avoue qu'il ne s'en serait pas occupé si un chirurgien qu'il a consulté la semaine précédente pour une contusion de l'épaule, ne lui avait dit que ces boutons résultaient d'un mauvais mal.

A l'examen on constate, à la partie supérieure et externe des cuisses, des syphilides tuberculeuses sèches circinées. Son interrogatoire donne les renseignements suivants : Gr. Isidore a 65 ans, il est charpentier. D'aspect robuste et de haute stature, il dit avoir toujours joui d'une excellente santé et avoir toujours mené une conduite exemplaire, mangeant bien, buvant peu et ne faisant pas d'excès.

Comme antécédents héréditaires, son père mort à 93 ans, sa mère à 88 ans, tous deux de vieillesse. Il a eu deux frères, l'un mort à 28 ans subitement, l'autre à 46 ans d'une maladie qu'il ne peut définir.

Lui-même n'a eu dans son enfance aucune maladie, jamais de gourmes ni de boutons. A 21 ans, étant soldat du génie à Arras, il contracta un chancre qui fut qualifié de chancre infectant par le médecin-major et qui nécessita un

traitement d'un mois à l'hôpital. On lui fit prendre des pilules et un sirop dont il ne se rappelle plus le nom aujourd'hui : ce dont il se souvient, c'est qu'il était considéré comme « vérolé ». Sorti de l'hôpital complètement guéri, il reprit son service pendant deux mois. Il éprouva alors un mal de gorge pour lequel il dut rester à l'infirmerie. On lui prescrivit des gargarismes et autres médicaments, un mois après tout avait disparu.

Depuis cette époque, ce malade n'a jamais suivi aucune espèce de traitement, sa santé a toujours été parfaite. Il se marie à 33 ans ; deux ans après il devient père d'un enfant bien portant à la naissance mais dont la constitution s'affaiblit peu à peu et qui mourut à l'âge de 7 ans d'une maladie impossible à déterminer aujourd'hui ; il avait eu beaucoup de croûtes sur la tête.

Sa femme, qui a toujours été bien portante, est morte à 56 ans pendant la ménopause. Il y a un an le malade eut un peu d'eczéma sec à la partie inférieure des jambes.

Examen. — A la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, on constate des syphilides tuberculeuses sèches circonscrites, formant une plaque de configuration ovale dont le grand diamètre mesure huit centimètres et le petit diamètre cinq. Ces syphilides ont débuté il y a six mois et ont augmenté graduellement ; dans le pli de l'aîne est une petite syphilide tuberculeuse.

Traitement. — 2 à 3 grammes d'iodure par jour, pansement par occlusion au taffetas de Vigo. Bains ; guérison.

OBSERVATION N° 4.

Petit. Syphilis restée latente pendant 67 ans — Luxation de l'épaule, formation de plaques de rupia sur la région deltoïdienne. — (*De la Syphilis dans ses rapports avec le traumatisme.* — Thèse de Paris, 1865, observation n° 427).

Un vieillard de 88 ans, de petite taille, maigre, vint, en Juillet 1871, dans le service de M. Verneuil, à Lariboisière,

pour une luxation de l'épaule datant d'un an environ. En examinant la région, tous les assistants furent frappés de voir sur la face externe du bras, au-dessus des insertions inférieures du deltoïde, plusieurs croûtes d'un vert foncé, noirâtre par places, très épaisses, saillantes, de forme arrondie, ayant environ les dimensions d'une pièce de 50 centimes et entourées d'un cercle rouge, couleur chair de jambon, en un mot des plaques de rupia.

En interrogeant cet homme nous apprîmes que vers l'âge de 20 ans il avait eu des chancres à la verge, qu'on lui avait fait prendre des pilules et de la tisane de salsepareille pendant un mois ou deux et que depuis il n'avait jamais été malade. Un de ses enfants, homme d'une quarantaine d'années, très robuste, l'accompagnait ; il nous affirme qu'à sa connaissance son père avait toujours joui d'une bonne santé et que lui-même ni personne de sa famille n'avait jamais eu d'accident pouvant se rapporter à la syphilis.

Les plaques de rupia étaient survenues de la manière suivante : quelque temps après la luxation et après des tentatives de réduction restées infructueuses, il vint sur le moignon de l'épaule un bouton que le malade gratta ; il en résulta une plaie qui s'ulcéra, s'agrandit et se recouvrit d'une croûte ; puis survinrent successivement d'autres boutons qui crevèrent et suivirent la même marche. Inutile d'ajouter que M. Verneuil laissa la luxation dans le statu quo, il conseilla seulement de faire prendre de l'iodure de potassium au malade.

OBSERVATION N° 5.

Petit. Tumeur fongueuse tertiaire de la bourse séreuse prémalléolaire interne du côté gauche. (Ouvrage cité, observation n° 20). *Résumé.*

Un boulanger de 64 ans eut il y a une quarantaine d'années, un petit chancre qui a bien guéri sans engorgement ganglionnaire ou autre accident de nature spécifi-

que. Depuis six mois, existe au pied gauche une tumeur considérée comme tuberculeuse. Une ponction au bistouri, puis une énergique cautérisation au nitrate d'argent furent sans résultat.

On pense alors à une gomme, d'autant plus qu'il existe une ulcération de l'articulation chondro-costale de la 9^e côte. Le traitement spécifique guérit vite l'ulcération costale et la gomme fongueuse en trois mois.

OBSERVATION N^o 6.

Exostose frontale gauche — Hémiplégié droite — Survenus 37 ans
après le chancre (Observation due à M^r le D^r Gaucher).

M. X., âgé de 53 ans, vient me consulter dans le courant de Mars 1889. Il dit s'être cogné au front peu de temps auparavant; depuis il lui est resté une bosse qui ne disparaît pas. Je trouve une exostose frontale du côté gauche large comme une pièce de 2 francs, assez sensible à la pression et se présentant objectivement avec tous les caractères d'une exostose spécifique.

Interrogé, le malade avoue avoir eu à l'âge de 17 ans un chancre de la verge considéré comme syphilitique et traité comme tel pendant plusieurs mois ; = quelques semaines après l'apparition du chancre survint une roséole discrète suivie de plaques muqueuses linguales et buccales peu abondantes. Ces accidents secondaires furent très légers et évoluèrent en trois mois environ. Depuis aucun accident ne s'est produit, M. X. s'est marié et est aujourd'hui père de trois enfants déjà grands et très bien portants. Sa femme a toujours eu une excellente santé, elle n'a pas fait de fausse couche et n'a jamais présenté aucune lésion et aucun symptôme qui puisse faire croire qu'elle a contracté la syphilis.

J'ordonne le traitement mixte et en trois semaines l'exostose disparaît. M. X. part alors à l'étranger et en octobre 1889 il est pris de maux de tête violents, de vertiges, de douleurs dans tous les membres et les articulations, accidents

considérés comme d'origine rhumatismale et qui furent traités par le salicylate de soude. Le malade resta dans cet état environ un mois, puis il fut pris brusquement d'une hémiplégie droite incomplète. A ce moment je suis prévenu par lettre et je télégraphie aussitôt : « Donnez le traitement spécifique ». On ne tient pas compte de mon conseil à cause des dénégations du malade qui ne voulut pas avouer la syphilis et on continua le salicylate.

En décembre 1889 cet homme hémiplegique est ramené à Paris et revient me consulter. Je lui fis chaque jour une injection intra musculaire de peptonate de mercure et ordonnai 3 à 4 gr. d'iodure. Bientôt il présenta des symptômes de névrite (fourmillements, troubles trophiques) dans les membres du côté paralysé, et à ce moment il fut examiné par Charcot.

Sous l'influence du traitement les membres ne reprirent leur force et leur souplesse que très lentement ; pendant deux ans environ, la démarche fut difficile, le malade fauchait en marchant et butait. Aujourd'hui il est complètement guéri ; tous les ans au printemps il prend des pilules de Dupuytren et de l'iodure pendant un mois ; il n'a présenté aucun accident depuis 1891 et a pu reprendre ses travaux qu'il avait dû abandonner pendant près de trois ans.

OBSERVATION N° 7. (personnelle).

Gomme de l'arrière-gorge apparue chez une femme 37 ans après le début de l'infection.

M^{me} B. née Marie C., âgée de 57 ans, entre le 21 septembre 1897 à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, salle S^{te} Claire, lit n° 25, dans le service du D^r Beaurieux pour un mal de gorge dont elle souffre depuis deux ans et qui a résisté jusqu'ici à tous les traitements.

C'est une campagnarde de taille moyenne, robuste et d'une intelligence ordinaire. Sa première enfance s'est passée sans accidents ; les règles sont apparues pour la

première fois à douze ans ; depuis elles ont toujours été régulières. Elle s'est mariée à l'âge de dix-huit ans avec un menuisier. Six mois après, elle eut sur le corps des petits boutons non prurigineux auxquels elle n'attacha pas d'importance, mais comme elle eut aussi des lésions de la bouche elle consulta un médecin qui lui fit prendre des frictions, une par jour, aux plis articulaires. " Ses cheveux ont tombé sensiblement mais depuis ils ont repoussé. Bientôt après, son mari eut le corps couvert de gros boutons qui formèrent des croûtes ", le médecin lui ordonna aussi des frictions et un remède liquide. Notre malade apprit alors que son mari avait eu quelques années avant « un mauvais mal ». Bientôt après ces accidents cutanés, le mari fut pris d'une toux opiniâtre, avec hémoptysie, fièvre et consommation, il languit et mourut après dix ans de ménage, considéré comme tuberculeux.

De cette union étaient nés cinq enfants :

- 1^o Une fille actuellement âgée de 38 ans bien portante.
- 2^o Une fille morte à 3 ans du carreau.
- 3^o Un garçon mort à 34 ans probablement de tuberculose pulmonaire.

4^o Un garçon { tous deux morts très jeunes en 1870 de
5^o Un garçon { la variole.

M^{me} B. resta veuve deux ans et se remaria à la fin de juillet 1870 avec un meunier, celui-ci dut partir trois semaines après pour la guerre, il fut sans doute tué au cours de la campagne car jamais on ne le revit.

Restée veuve pour la seconde fois pendant 22 ans, elle se fit servante et sa santé ne laissa rien à désirer. En 1892, il y a 5 ans, elle se remaria avec un jardinier aujourd'hui âgé de 59 ans très bien portant et qui affirme n'avoir jamais eu la syphilis.

En 1894 se produisit la ménopause qui coïncida avec de violentes céphalalgies plus marquées la nuit que le jour et accompagnées de délire et d'agitation. En même temps survinrent des troubles de la vue tels que pendant six mois

la malade ne put marcher seule. Elle vit à ce moment un médecin qui reconnut la syphilis et prescrivit des frictions et de l'iodure ; il se produisit une amélioration sensible, les douleurs disparurent et la vision se rétablit peu à peu ; le traitement mixte fut suivi pendant deux mois environ.

Un an après, en 1895, l'affection actuelle débuta par un mal de gorge intermittent qui semblait s'améliorer pendant l'été. La malade de sa propre initiative reprit un peu d'iodure. Elle se fit examiner et la nature de la lésion semble avoir été méconnue, on lui fit des cautérisations au nitrate d'argent. Le mal empira et pendant ces trois derniers mois l'alimentation est devenue difficile, d'où résulta de l'amaigrissement. Mme B... consulta alors un autre médecin qui reconnut une lésion syphilitique et l'envoya à l'hôpital d'Orléans.

Examen. — La malade se plaint actuellement d'une grande difficulté pour avaler ; les aliments font volontiers fausse route, ce qui provoque des quintes de toux pénibles répétées, suivies parfois de vomissements ; il existe une sensation de picotement de la région pharyngienne. La respiration est libre et la voix n'est pas altérée.

A l'ouverture de la cavité buccale, on constate d'abord une mauvaise dentition ; en haut il reste seulement les deux canines et une molaire de chaque côté, en bas une canine, une incisive et les deux molaires du côté droit, en tout huit dents saines, plus quelques chicots ; la langue abaissée on découvre facilement la lésion suivante : une large ulcération siège sur le côté droit et intéresse le voile du palais, le pilier droit, l'amygdale droite, la partie droite de la luette. Dans son ensemble cette ulcération revêtassez bien l'aspect d'un rein dont la convexité serait en dehors et le hile en dedans vers la ligne médiane. Les bords sont taillés à pic et réguliers, c'est-à-dire non déchiquetés, le fond est inégal, d'un gris jaunâtre et formé d'une matière gommeuse et épaisse qui se détache difficilement. Il y a un léger engorgement non douloureux des ganglions sous-maxillaires du côté droit.

Les yeux présentent peu de traces des lésions anciennes.

Les artères sont flexueuses et dures, le second bruit du cœur est rude et clangoreux, il reste un peu d'emphysème pulmonaire, les jambes sont variqueuses sans que jamais il y ait eu d'ulcère, les autres organes sont sains.

M. le Dr Beaurieux institua aussitôt le traitement spécifique : la malade eut chaque jour 4 grammes d'iodure, une friction d'onguent napolitain, au pli du coude ou du jarret, plus des gargarismes et des lavages fréquents de la bouche à l'eau boriquée tiède et à l'eau de guimauve. Ce traitement amena une amélioration rapide ; au bout de trois semaines l'ulcération avait diminué de moitié, et était large comme une pièce de 2 francs. La déglutition se faisait bien mieux, les quintes de toux étaient devenues très rares. La malade sortit de l'hôpital le 20 octobre, après un mois de séjour en bonne voie de guérison mais sans que la cicatrisation fût complète.

En résumé, syphilis contractée à l'âge de 19 ans, premiers accidents légers, puis entr'acte de 36 ans. Gomme du pharynx.

OBSERVATION N° 8 (personnelle).

Désiré B..., ébéniste, âgé de 58 ans, est entré salle Saint-Louis, lit n° 19, le 30 Juin 1897, dans le service de M. le professeur Fournier. Cet homme n'a jamais fait de maladie en dehors de la syphilis.

En 1859, à l'âge de 19 ans, il contracta un chancre de la verge avec adénopathie inguinale ; au bout d'un mois sont venues quelques plaques muqueuses bientôt disparues, pas d'éruption sur le corps. Il resta trois mois à l'hôpital du Midi où il prit de la liqueur de van Swieten. Il sortit guéri et n'eut aucun accident jusqu'en 1887, soit un entr'acte de 28 ans, pendant lequel il ne suivit aucun traitement spécifique. Il se maria à 25 ans ; sa femme n'a jamais été malade et n'a pas fait de fausse-couche. De cette union sont nés trois enfants aujourd'hui bien portants.

En 1887, à la suite d'une grande fatigue, le testicule gauche grossit subitement et devint très dur. Désiré B... entra à l'hôpital du Midi, dans le service de M. du Castel, où il ne resta qu'une semaine. Il prit 2 gr. d'iodeure par jour et continua à en prendre quelque temps après sa sortie ; en trois semaines environ le testicule revint à l'état normal.

En 1888, six mois environ après le sarcocèle, survint un écoulement de l'oreille gauche et presque aussitôt après apparut sur la joue gauche, près de l'oreille, une éruption de syphilides serpiginieuses qui s'étendirent rapidement à tout le côté gauche de la figure et gagnèrent le cou. Le malade entra alors dans le service de M. Fournier, où il fut traité par des applications locales de pommade au précipité rouge et 3 grammes d'iodeure à l'intérieur. Il sortit complètement guéri après un séjour de quatre semaines.

En 1889, apparut à la face palmaire de la main gauche une petite papule qui augmenta rapidement d'étendue en six mois environ, la main, le poignet et le tiers inférieur de l'avant-bras furent pris et la lésion n'a presque pas changé d'aspect depuis ce moment. De 1869 à 1893 notre malade prit de l'iodeure, mais d'une façon intermittente et irrégulière.

En 1893 il eut à la face interne de la jambe gauche une ulcération de dix centimètres de long. sur trois de large, affectant la forme d'une grosse sangsue et dont il reste une cicatrice très visible. Il entre alors à l'hôpital Saint-Louis, salle Hilairat, où il resta quatre semaines. Il prit du sirop de Gibert et 1 gramme d'iodeure par jour, avec des applications locales d'emplâtre de Vigo. La lésion palmaire s'amenda vite, la peau se couvrit de squammes annonçant la guérison, l'ulcère de jambe se cicatrissa, mais il n'était pas encore fermé quand le malade sortit après un séjour de quatre semaines.

Pendant ces quatre dernières années il prit de l'iodeure, mais très peu, car il attribue à ce médicament des céphalalgies tenaces qui provoquent l'insomnie. L'ulcération est restée ouverte et a suppuré jusqu'à ces jours derniers où, sans cause apparente elle s'est fermée ; une autre s'est

formée au-dessus ; comme d'autre part la syphilide palmaire est en pleine récédive, B. est entré de nouveau à l'hôpital.

Examen. — C'est un homme de haute taille, vigoureux, intelligent, qui expose avec précision et clarté les détails de son histoire.

Le membre inférieur droit, légèrement variqueux. n'a aucune lésion, le gauche est très variqueux ; la face postérieure de la cuisse et de la jambe, le creux poplité présentent une teinte ardoisée, mais la peau est intacte ; sur les deux tiers postérieurs de la jambe on trouve des lésions d'eczéma variqueux. Sur le tiers inférieur de la jambe on voit la cicatrice de l'ulcération dont il a été parlé plus haut, au-dessous de cette cicatrice, à trois travers de doigts environ, est une ulcération orbiculaire un peu plus grande qu'une pièce de deux francs, les bords sont d'un blanc grisâtre sale, le fond est rougeâtre, sanieux et bourgeonnant.

La main gauche est envahie par une syphilide tuberculo crustacée d'un rouge vineux avec des croûtelles blanchâtres qui se détachent difficilement. Sur la face palmaire il n'existe aucun intervalle de peau saine ; à la face dorsale et sur la ligne médiane la lésion s'arrête au niveau du troisième métacarpien, mais elle remonte de chaque côté en forme de croissant jusqu'à l'apophyse styloïde du radius en dehors et à deux travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus en dedans. Ces deux croissants sont limités par un bourrelet d'une teinte plus foncée que le reste de l'éruption et qui a la forme d'un U très ouvert.

Telles sont les lésions au moment du premier examen (30 juin). L'état général est excellent, les fonctions digestives et respiratoires s'accomplissent bien, il n'y a pas de troubles du système nerveux ni de la vue.

On porta le diagnostic de syphilide palmaire et d'ulcère syphilitique simulant un ulcère variqueux, malgré les varices notables que présentait le malade. On institua le traitement local et général : sur la main des douches de vapeur suivies d'applications de vaseline boriquée ; sur

la jambe, emplâtre de Vigo ; à l'intérieur trois grammes d'iodure et une injection intro-musculaire de cinq centigrammes de calomel toutes les semaines. Il en fut donné trois, assez douloureuses, et dont l'une laissa un nodus.

Le 8 juillet la peau se fendille en de nombreuses crevasses très douloureuses avec un peu de gonflement. Le 23 juillet le malade sort très amélioré, étant donné le peu de temps qu'il est resté à l'hôpital. L'ulcère de jambe est presque complètement fermé, la main débarrassée des croûtes et des crevasses a repris partout sa coloration normale.

En résumé, entr'acte de 28 ans, puis réveil de la diathèse qui se manifesta successivement par: 1^o un sarcocèle, 2^o des syphilides serpigineuses de la face, 3^o une syphilide palmaire tubercule-crustacée, 4^o un ulcère spécifique simulant un ulcère variqueux.

OBSERVATION N^o 9

Rédigée d'après les notes de M. Fournier.

Rétrécissement syphilitique du rectum survenu 29 ans après l'infection.

M. X..., âgé de 56, ans a contracté la syphilis il y a 31 ans; il a eu un chancre induré, quelques plaques muqueuses, pas de roséole. Il s'est soigné au début, mais ces premiers accidents ont été légers et bientôt tout traitement fut cessé. Depuis il ne s'est produit aucun accident d'origine spécifique.

Depuis vingt-six mois, le malade éprouve une gêne croissante pour aller à la selle, le calibre des matières a diminué progressivement, elles sont devenues rubannées; et depuis un an environ il existe un écoulement anal qui tache la chemise en gris noirâtre; deux ou trois fois du sang est venu avec l'écoulement noirâtre. Depuis deux mois, sur le conseil d'un médecin à qui il avoua sa syphilis, il prend de l'iodure, ce médicament a produit une amélioration notable à deux points de vue: 1^o *Etat général*, s'est beaucoup relevé, l'appétit est meilleur, le malade a repris

un peu de forces et d'embonpoint; 2° *Etat local*, les matières sont devenues plus grosses; au lieu d'être tout à fait aplaties et rubannées comme il y a deux mois, elles sont aujourd'hui grosses comme le doigt médius.

Actuellement (16 Août 1897) l'examen de la région anale montre une nodosité dure situé à droite de l'anوس, et qui existe depuis plusieurs années. Par le toucher rectal on arrive sur un rétrécissement très élevé, la paroi intestinale est épaissie et très résistante, mais moins dure que dans l'épithélioma, on trouve un orifice dans lequel le doigt pénètre en donnant une sensation analogue à celle que l'on éprouve en arrivant sur un col utérin entr'ouvert. Le suintement qui se produit après l'exploration est de couleur grise, il n'y a pas de ganglion appréciable.

M. Fournier croit à un rétrécissement syphilitique et non à un rétrécissement cancéreux pour quatre raisons :

1° Conservation d'un état général au moins moyen, en particulier le bon appétit; 2° Il existe deux tumeurs: anale et rectale; 3° Il y a moins de dureté que dans le cancer et le rétrécissement remonte à plus de deux ans; 4° Amélioration produite en deux mois par l'iodure, le rétrécissement s'est élargi.

OBSERVATION N° 10

rédigée d'après les notes de M. Fournier.

Sarcocèle syphilitique apparu 43 ans après le chancre.

M. X., âgé de 67 ans, se présente pour la première fois à la consultation le 9 février 1897. Il a eu à 23 ans un chancre suivi bientôt d'une éruption secondaire discrète; il a suivi un traitement mercuriel pendant six mois, puis tout accident ayant disparu il a cessé de se soigner et depuis il n'a jamais éprouvé aucun symptôme que l'on puisse rapporter à la syphilis.

Il y a un an il s'aperçut que son testicule droit était devenu excessivement dur et avait un peu grossi. Il n'avait reçu

aucun coup et ne pouvait trouver aucune cause récente, le hasard seul lui fit découvrir cette tumeur qui ne le faisait pas souffrir. Peu à peu le testicule augmenta de volume et aujourd'hui il est double de l'autre, et d'ailleurs parfaitement indolore et dur comme du bois. L'état général est excellent, pas de ganglions. C'est donc un sarcocèle syphilitique. Le traitement consiste en deux cuillerées de sirop d'iodure de potassium par jour.

Le 23 février l'amélioration est manifeste ; le malade qui supporte mal l'iodure ne prend plus qu'une cuillerée de sirop par jour. Le 9 mars le mieux persiste et le 19 mars, le testicule est revenu presque à son volume normal mais il est toujours très dur quoique indolore. Le malade n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION N° 11.

Fournier. Les étapes ultimes de la syphilis. (*Bulletin médical* 1894).

Syphilide ulcéreuse apparue 51 ans après le début de la syphilis.

Il s'agissait d'une syphilide tuberculo-ulcéreuse affectant la lèvre supérieure et le menton. Cette lésion avait été prise pour un épithélioma par un chirurgien qui avait proposé de l'enlever et un rendez-vous avait même été fixé pour l'opération quand un scrupule arrêta le médecin habituel du malade qui me manda en consultation. Je crus reconnaître non un épithélioma, mais, en dépit de l'ancienneté de la syphilis (51 ans), une syphilide ulcéreuse. De l'iodure de potassium fut prescrit à bonnes doses et trois semaines plus tard il ne restait plus qu'une cicatrice de la lésion.

OBSERVATION N° 12.

A. Fournier. Accident de syphilis héréditaire survenu à l'âge de 30 ans. (*Gazette hebdomadaire* 29 octobre 1886. (Résumée).

X., âgé de 30 ans, était porteur à la verge d'ulcérations gonmeuses absolument caractéristiques ; deux de ces ulcérations occupaient la rainure glando-préputiale, une autre

était sur le meat urétral gonflé et présentant dans l'étendue d'un centimètre environ une dureté véritablement cartilagineuse.

Le malade n'ait tout antécédent syphilitique. M. Fournier procéda à son examen et aboutit en fin de compte à suspecter une syphilis héréditaire d'après les signes suivants :

1^o Une cophose bilatérale datant de l'enfance et occasionnée par des lésions tympaniques doubles (perforation à gauche, déformation et épaissement fibreux à droite).

2^o Des antécédents de kératite double vers l'âge de 14 ans.

3^o Des antécédents de lésions osseuses et cutanées ; un des genoux a été le siège, dans l'enfance, d'une lésion qui se traduit actuellement par une déformation notable de la région avec brides et cicatricielles, raccourcissement léger du membre. Le pourtour de l'articulation est le siège de cicatrices nombreuses et variables d'étendue, les unes petites, les autres très larges, conséquences manifestes ou d'abcès périarticulaires ou d'ulcérations cutanées.

Les soupçons de M. Fournier furent pleinement confirmés par l'enquête qui apprit que la mère de ce malade, au moment où elle était enceinte de lui, avait été affectée de syphilis, syphilis qu'elle reçut de son mari et qui fut constatée par Ricord, Nélaton, Michon, A. Guérin. De plus le malade avait été, peu de temps après sa naissance, affecté de divers accidents syphilitiques, accidents jugés et traités comme tels par ces médecins. Enfin la nourrice à laquelle on l'avait confié avait été, de par lui, infectée de syphilis.

Ces renseignements justifiaient l'emploi du traitement spécifique qui fut immédiatement institué. Dix jours après les ulcérations gommeuses étaient en pleine voie de réparation cicatricielle ; trois à quatre semaines après elles étaient guéries.

OBSERVATION N° 13.

Gauzinotty et Etienne. Hérédo syphilis maligne ultra tardive. — Rapport des localisations spécifiques avec le traumatisme. In *Gazette hebdomadaire* 1894. 1^{er} Septembre.

Les auteurs ont pu suivre leur malade pendant plusieurs années.

1^o *Hérédité.* Le père de la malade, avant son mariage, a contracté une syphilis dûment constatée, a présenté pendant très longtemps des accidents d'ordre spécifique et est mort en 1871 de la variole.

La mère, mariée à 18 ans, a été infectée par son mari quelques mois après son mariage ; elle a eu une roséole diagnostiquée et traitée par un distingué praticien d'Alsace ; elle a également été atteinte d'autres manifestations bien caractérisées parmi lesquelles, en 1884, des gommes du front et du sein gauche, une céphalalgie extrêmement intense avec dilatation inégale des pupilles, tous accidents guéris par le traitement anti-syphilitique (frictions mercurielles, protoiodure de mercure et K I), mais elle a conservé depuis dix ans une céphalée tenace.

Six enfants sont nés de ce mariage.

- 1^o Une fille morte trois heures après sa naissance.
- 2^o Un garçon atteint à 17 ans d'accidents cérébraux (hémiplégie droite et paralysie de la langue, puis consécutivement des phénomènes de ramollissement cérébral, surtout de l'aphasie et une imbécillité consécutive. Il mourut à 21 ans ; le diagnostic n'ayant pas été porté, le traitement spécifique ne fut pas institué.
- 3^o Une fille morte à trois mois.
- 4^o Un garçon qui, en 1887, présenta des symptômes de tuberculose pulmonaire de marche lente avec adénite ecervicale ; l'évolution de cette tuberculose paraissait arrêtée lorsqu'elle se compliqua subitement d'une infection secondaire avec purpura généralisé, hémorrhagies nasale, vésicale et gastrique qui enlevèrent le malade en quinze jours.

Il était âgé de 25 ans et n'avait jamais présenté d'accident spécifique.

5° Notre malade actuelle née en 1865.

6° Un garçon mort à trois mois en 1870.

2^e *Observation.* — Mlle M. K., jeune fille délicate, n'a présenté rien de particulier jusqu'à 25 ans ; l'instauration menstruelle s'établit à 15 ans et demi normale. La mère intelligente et prévenue de ce qui pouvait arriver l'a toujours surveillée au point de vue de la syphilis héréditaire et n'a constaté aucun accident. Pas de stigmate de syphilis héréditaire.

En 1890, elle reçut dans l'œil gauche une petite paille et fut atteinte d'une lésion qui dura pendant un certain temps elle fut traitée par KI.

En 1891 (février), elle glissa sur le verglas et contracta une entorse du genou gauche dont les suites se firent longtemps sentir. Le Dr R. consulté à cette époque, songeant à une tumeur blanche immobilisa l'articulation et appliqua des pointes de feu.

En 1891 (fin novembre), Mlle M. K. reçut sur le côté droit de la tête un choc assez violent par la chute d'un vasistas, il ne laissa d'ailleurs pas de trace immédiate. Huit jours plus tard elle constata à la partie supérieure du pariétal droit la présence d'une petite tumeur du volume d'une noix alors indolente. Six semaines après, élancements douloureux, surtout nocturnes, dans cette bosse qui se ramollit bientôt et s'ulcère au commencement de février 1892, en gagnant surtout en profondeur.

Vers ce moment, au côté externe du genou gauche la peau devint rouge violacé, puis il s'établit une induration ayant le diamètre d'une pièce de un franc ne formant pas de relief appréciable et qui commença à s'ulcérer quinze jours plus tard : au bout de quinze jours une deuxième puis une troisième ulcération analogue s'établirent.

Lorsque la malade se présenta à notre observation le 24 avril 1892, il existait au niveau du pariétal droit une ulcé-

ration profonde, arrondie, à bords réguliers, mettant l'os à nu ; — à la région antéro-externe du genou gauche, deux ulcérations profondes, larges l'une comme une pièce de 5 francs l'autre comme une pièce de 2 francs régulièrement arrondies, à fond irrégulier d'où s'écoule un pus verdâtre, très concret, fétide.

30 avril. — L'aspect des lésions ne pouvant laisser de doute, nous recourons immédiatement au traitement anti-syphilitique : friction mercurielle journalière. KI.

8 mai. — Amélioration très notable de l'ulcération pariétale ; à la jambe l'ulcération se modifie peu.

13 mai. — Les lésions du genou n'ont pas changé d'aspect ; pansements locaux au sublimé.

18 mai. — Très grande amélioration des lésions de la jambe qui sont presque comblées, surtout la plus étendue.

Vers la fin du mois de mai 1892, l'état des lésions était très amélioré, cependant la plaie restait stationnaire, céphalalgie tenace. La malade quitte le service, mais elle reste continuellement sous la surveillance médicale de l'un de nous qui se borne pendant une certaine période au traitement local de la nécrose limitée au crâne ; puis la malade se plaignant d'une céphalée intense, il pratique à partir du 16 août une série de cinq injections de peptonate mercurique. Le 12 septembre il enlève une esquille osseuse provenant de la nécrose crânienne.

Tout à coup, le 14 septembre éclatent des symptômes de la plus haute gravité. La malade éprouve des douleurs de tête atroces qui lui arrachent des cris, le visage est contracté, il existe des vomissements incessants, de la constipation, les pupilles se dilatent, puis surviennent le délire avec hallucination, la perte de la connaissance, enfin une hémiplégie droite avec aphasie.

Le 18 septembre la malade était mourante ; immédiatement les injections de peptonate furent poussées à hautes doses.

Les symptômes cérébraux se sont rapidement amendés, le coma d'abord a cessé, l'intelligence s'est réveillée, l'hé-

miplégie et l'aphasie ont disparu sans laisser de traces. Cependant les vomissements d'origine cérébrale continuent; malgré eux la malade a pu prendre 4 gr. d'iodure par jour et dès lors en quarante-huit heures ils ont cessé. La malade a reçu une série de douze injections de peptonate en trente jours, puis 4 gr. d'iodure pendant trois semaines; après un repos, nouvelle série de quinze injections.

La guérison s'est maintenue pendant six mois, puis subitement, au commencement d'avril 1893, la malade fut atteinte d'accidents oculaires très graves dont la nature spécifique ne laissa aucun doute dans l'esprit de M. le professeur agrégé Rohmer; reprise du traitement par le peptonate et KI; guérison en quinze jours. A la fin de juin récidive avec mêmes localisations oculaires; nouveau traitement, guérison.

Mais depuis quelque temps déjà la malade tousse, elle maigrit et offre le facies d'une candidate à la tuberculose; les signes stéthoscopiques sont douteux, on se demande si peut-être il ne s'agit pas d'une nouvelle manifestation syphilitique vers les poumons, on reprend un traitement à haute dose; actuellement, après cinq injections de peptonate, une amélioration extrêmement notable est manifeste.

Il ne peut exister de doute sur la nature syphilitique des lésions de notre malade, or la conduite extrêmement régulière de cette jeune fille ne permet pas de songer à une contamination génitale dont il n'a d'ailleurs jamais existé aucune trace.

Au contraire, la constatation médicale de la syphilis paternelle et maternelle, l'histoire très caractéristique de la famille permettent d'affirmer la nature hérédosyphilitique des accidents.

OBSERVATION N° 14.

A. Fournier. Syphilis héréditaire tardive chez une malade âgée de 53 ans. Société de dermatologie et de syphiligraphie. 13 Mai 1896, p. 728.

Honorida M., 53 ans, blanchisseuse, entre salle Henri IV, lit n° 37, le 25 avril 1896; elle ne peut donner aucun rensei-

gnement sur son père ou sa mère. Sur dix enfants issus de cette famille, il en reste quatre ; un est mort à six ans de convulsions, une sœur épileptique est morte à vingt-quatre ans, trois frères sont vivants et bien portants.

Elle même a eu dans son enfance des convulsions jusqu'à six ans ; à onze ans elle a eu une maladie fébrile qui a duré plusieurs semaines ; il y a quatre ans elle a été soignée pour des rhumatismes, son développement général a été régulier.

A l'âge de 22 ans est apparue pour la première fois à la jambe gauche une plaie ulcérée qui guérit par un traitement local. A 32 ans cette plaie récidive et guérit par application de diachylon. A 42 ans nouvelle récidive et depuis ce moment l'ulcération s'est ouverte et cicatrisée plusieurs fois ; aucun commémoratif de syphilis acquise.

Actuellement la malade affaiblie, anémiée et amaigrie présente une série de stigmates qu'on peut rapporter à l'hérédosyphilis.

1° *Cicatrices*: cinq au bras droit, la malade aurait eu vers 11 ans une série de tuméfactions qui se seraient ulcérées ; autres cicatrices au cou du côté droit, au niveau de la ceinture, à la région lombaire dans sa partie inférieure, à la fesse droite.

2° *Vulnérabilité dentaire* complète ; à 63 ans la malade n'a plus une dent, les premières ont spontanément tombé à 17 ans, les autres ont été arrachées. Le voile du palais est court et peu mobile, au niveau de son insertion supérieure, de chaque côté de la ligne médiane, sont deux petites cicatrices.

3° *Malformations oculaires* : *a* pupilles inégales, ; la droite plus petite est déviée en haut et en dedans, la gauche directement en haut ; *b* iris à troublement marqué (iridodonesis) ; *c* Cristallin gauche luxé un peu en dedans et un peu en bas, mais transparent ; *d* fond de l'œil des deux côtés, taches d'atrophie choroidienne blanche, avec des amas pigmentaires.

On ne trouve rien du côté des oreilles.

La malade est entrée à l'hôpital pour une vaste ulcération de la jambe gauche qui intéresse tout le tour de la jambe sur une hauteur de vingt-huit à trente centimètres. Le fond est bourgeonnant, fongueux, rougeâtre en certains points, jaunâtre en d'autres qui ont un aspect bourbillonneux. Les bords sont taillés à pic, sinueux, à trajet arciforme. En dehors des bords existe une zone d'inflammation peu étendue au niveau de laquelle la peau n'est ni épaisse ni pigmentée. Le membre dans son ensemble est œdématié, le pied surtout, pas de varices notables, — le membre droit ne présente pas d'ulcération, mais un peu d'œdème.

La malade ne se plaint que de sa jambe, les autres organes sont sains ; on note par moments de l'arythmie cardiaque — ni sucre ni albumine dans les urines.

Après dix jours de traitement par l'iodure et le repos, qui d'ailleurs n'est pas absolu, l'aspect de l'ulcération s'est entièrement modifié, les points bourbillonneux ont disparu, le fond nettoyé rouge vif bourgeonne et n'est plus déprimé ; les bords se réparent rapidement, l'étendue de la lésion a notablement diminué.

OBSERVATION N° 15.

W. Bœck. Erfahrungen über Syphilis. Stallgast (1875, p. 199, traduction de M. H. Beneteau.

J'ai en traitement à l'hôpital un enfant de 3 mois atteint de syphilis héréditaire. La mère âgée de 47 ans fut, à l'âge de 10 ans, traitée pour syphilis constitutionnelle à l'hôpital de Hedemaaken par le mercure et eut plus tard deux récides de forme tertiaire dont elle porte des marques non douteuses. Elle a eu cinq enfants bien portants : le premier mourut vers l'âge de 2 ans, elle ne sait de quelle maladie. Cet enfant était né en 1859, le second est né en 1861, le troisième en 1863, le quatrième en 1865. Ces trois enfants furent infectés à la fois de syphilis par une bonne que la mère avait prise à son service. Le sixième est celui en traitement actuel pour syphilis héréditaire. Le père, selon toute

probabilité, n'a pas contracté de syphilis et le fait que la mère a enfanté, après une syphilis contractée à l'âge de 10 ans, un enfant syphilitique, est une exception à la règle générale.

Il peut y avoir des cas isolés dans lesquels une mère traitée avant la puberté pour une syphilis constitutionnelle, après avoir mis au monde des enfants bien portants accouche d'un enfant syphilitique. On pourrait faire l'hypothèse que la mère a pu contracter une seconde syphilis par le contact de la servante qui soignait les enfants, mais sur ce point la mère nie avoir éprouvé aucun symptôme qui puisse faire accepter cette idée. Ce cas est si complètement en dehors de la règle générale que moi-même je n'y ai ajouté foi qu'après mûre réflexion, cependant j'ai noté simplement ce que j'ai observé.

OBSERVATION N° 16.

A. Fournier. Syphilis acquise de l'enfance. Paris, 1886, p. 607.

L'année dernière je fus consulté par une jeune femme de 25 ans au sujet d'une énorme lésion ulcéreuse de la jambe que je n'eus pas de peine à reconnaître pour une syphilide gommeuse compliquée de phagédénisme serpigneux. Cette dame reniait cependant tout antécédent suspect et son mari déclarait de même n'avoir jamais été affecté de syphilis. Je restais donc perplexe, non pas sur la nature même de cette lésion, mais sur l'origine de la syphilis, lorsque la sœur aînée de la malade vint secrètement me faire part de ce qu'ignorait la malade elle-même, à savoir : 1° que leur mère avait été infectée de syphilis pour avoir donné le sein par complaisance à un enfant étranger, lequel était syphilitique, 2° qu'à cette époque ma malade actuelle alors allaitée par sa mère avait reçu d'elle la contagion et avait été traitée pour des accidents de syphilis par mon illustre et regretté maître le Dr Chassaignac.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

I. — Les manifestations tertiaires de la syphilis peuvent rester latentes pendant des périodes considérables qui varient entre 20 et 67 ans (chiffre extrême observé), c'est là ce qu'on peut appeler les grands entr'actes de la syphilis.

II. — On peut évaluer à 1 pour 20 le nombre de ces syphilis à grands entr'actes, mais la guérison de la syphilis étant plus que douteuse, on peut considérer celles qui ne présentent plus d'accidents après la période secondaire comme des syphilis latentes, à évolution indéfiniment retardée, de telle sorte que notre statistique est encore au-dessous de la vérité.

III. — Dans la syphilis acquise de l'adulte, le terrain paraît jouer un rôle beaucoup plus important que la nature du virus. C'est chez l'homme sain, ayant acquis sa syphilis vers l'âge de 20 ans et chez l'enfant de plus d'un ou deux ans que ces grands entr'actes s'observent le plus volontiers, comme si la syphilis ne fructifiait qu'avec peine, dans ces terrains résistants. Le traitement bien conduit de la syphilis aboutit à l'arrêt de la maladie bien plus qu'au retard d'apparition des accidents tertiaires.

IV. — La réapparition des accidents est quelquefois provoquée par une cause occasionnelle : traumatisme amenant une gomme au point contusionné ; mais dans la majorité des cas cette cause nous échappe complètement.

V. — Le pronostic de ces accidents tardifs n'est pas plus sévère que celui des accidents syphilitiques arrivant à leur période habituelle. Cependant il faut noter que dans un certain nombre de cas la réapparition de l'accident spécifique est le signal de l'éclosion d'une foule d'autres qui continuent à assiéger l'individu si le traitement n'intervient pas.

CHAPITRE VIII

BIBLIOGRAPHIE

- Fournier** (A.). Recherches sur la syphilis tertiaire. (*Archives générales de médecine*, septembre 1889).
- Fournier** (A.). Note sur un cas de gomme syphilitique survenue 55 ans après le début de l'affection (*Société médicale des Hopitaux*, 24 juin 1870).
- Gaudichier**. De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis. (Thèse de Paris 1886).
- Thibierge** (G.). Gommès syphilitiques cutanées développées 52 ans après le chancre. (*Bulletin de la Société médicale des Hopitaux de Paris*. 1893. P. 699 à 703).
- Fournier** (A.). Comptes rendus au Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Paris, 1889.
- Recherches sur la syphilis tertiaire. Echéances du tertiarisme.
- Jullien** (L.). Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire. (Paris, 1874, p. 76).
- Jullien** (L.). Traité des maladies vénériennes. 2^e édition, p. 794.
- Mauriac**. Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. (Paris, 1890, p. 127).
- Henry**. Syphilis tertiaire de la gorge. (Thèse de Paris 1894).
- Jonnart**. De l'épididymite syphilitique tertiaire. (Thèse de Paris 1895).
- Viard** (Ch.). Syphilis tertiaire de l'arrière-gorge. (Thèse de Paris, 1886-87).
- Lasègue**. Etudes médicales. 2^e vol. Paris, 1884, p. 81.
- Hunter** (J.). Traité de la syphilis, traduit par C. Richelot, annoté par P. Ricord. Paris, 1845.
- Ricord** (P.). Traité pratique des maladies vénériennes. Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens. Paris, 1851. Observations n^{os} XXX et XXXI,

- Fournier (A.).** Les Etapes ultimes de la syphilis. (*Bulletin médical*. 1894. 25 avril).
- Heulz.** Syphilis datant de 44 ans et n'ayant donné lieu à aucune manifestation pendant cet espace de temps ; actuellement syphilides tuberculeuses sèches circinées. (*France médicale*, 15 octobre 1885).
- Petit.** De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme. (Thèse de Paris 1875).
- Berger (P.).** De l'influence des maladies constitutionnelles sur la moindre des lésions traumatiques. (Paris, thèse d'agrégation, 1875).
- Hutchinson (J.).** Syphilis. (London, 1893, p. 427).
- Mauriac (Ch.).** De la syphilose pharyngo-nasale. (1877, 4^e leçon p. 39).
- Mauriac (Ch.).** Leçons sur les maladies vénériennes. (1883, p. 805).
- Godinho.** De la syphilis conceptionnelle. (Thèse de Paris 1891).
- Fournier (A.).** La syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.
- Fournier (A.).** Les facteurs de gravité de la syphilis. (*Revue de dermatologie*, 1888, p. 294).
- Fournier (A.).** Syphilis acquise de l'enfance. (*France médicale* 1893, p. 209).
- Dind.** Syphilis héréditaire débutant à 29 ans (*Revue de la Suisse romande*. 1893, p. 382).
- Miceli.** Sulla sifilide tardiva. (*Giorn. ital. delle mal. vener.* juin 1890).
- Legrain.** Syphilis héréditaire tardive. (*Annales de dermatologie*, 1896, p. 884).
- Arnozan.** Ostéite gommeuse due à la syphilis héréditaire chez une jeune fille de 21 ans. (*Journal médical de Bordeaux*, 8 juillet 1894).
- Fournier (A.).** Syphilis héréditaire tertiaire chez une malade de 53 ans. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1896, p. 729).
- Gauzinotti et Etienne.** Syphilis maligne ultra-tardive. (*Gazette hebdomadaire*, 1^{er} septembre 1894).
- Boëck (W.).** Erfahrungen über syphilis. Stallgust, 1875, p. 199.
- Boëck (W.).** Recherches sur la syphilis appuyées de tableaux de statistique tirés des archives des hôpitaux de Christiana. Grand in-4. Christiana, 1862.

Augagneur. Syphilis et diabète. (*Province médicale*, 4 février 1888).

Duffield. Syphilis par conception (*Medical news*, 15 septembre 1894).

Haslund. Comptes-rendus du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie tenu à Paris en 1889. Statistique sur la syphilis tertiaire.

Lasser. Die Ätiologie der tertiären syphilis. Correspondenz-Blatt, J. Schweiz-Aerzte. 1893.

Mauriac. Traitement de la syphilis. Paris, 1896.

Fournier. Traitement de la syphilis. Paris, 1896.

Huguet (J.) et Audain. Gomme syphilitique ulcéreuse du cuir chevelu développée à la 44^e année de la syphilis. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888, p. 707).

Vu par le président de la Thèse :

A. FOURNIER.

Vu par le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

